

Tratamiento multidisciplinar en el paciente odontológico Adulto

Bárcena Pitarque, Laura

Autora del Trabajo de Fin de
Grado en Odontología

Guerrero González, María

Tutora del Trabajo de Fin de
Grado en Odontología
Dpto. Cirugía, ginecología y
Obstetricia

Fecha de presentación mayo de 2018
Grado de Odontología
Universidad de Zaragoza 2017 – 2018

INDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS	
RESUMEN.....	
SUMMARY	
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
OBJETIVO PRINCIPAL.....	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
PRESENTACION DE LOS CASOS CLÍNICOS.....	4
CASO CLÍNICO 4167	4
1. ANAMNESIS.....	4
2. EXPLORACION EXTRAORAL.....	4
3. EXPLORACION INTRAORAL.....	7
4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.	9
5. JUICIO DIAGNÓSTICO.	10
6. PRONÓSTICO.....	10
7. OPCIONES DE TRATAMIENTO.....	11
CASO CLÍNICO 4493	13
8. ANAMNESIS.....	13
9. EXPLORACION EXTRAORAL.....	13
10. EXPLORACION INTRAORAL.	15
11. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	17
12. JUICIO DIAGNÓSTICO.....	18
13. PRONÓSTICO.	19
14. OPCIONES DE TRATAMIENTO.	19
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFÍA.....	32
ANEXOS.....	36

LISTADO DE ABREVIATURAS

A

- **ADA:** Asociación dental americana.
- **AHA:** Asociación del corazón americana.
- **ASA:** American Society of Anesthesiologists.
- **ATM:** Articulación Temporo Mandibular.

C

- **CAE:** Conducto Aditivo Externo.
- **CBCT:** Cone beam computed tomography.
- **CDA:** Arco dental completo.
- **CPTN:** Índice Periodontal de Necesidades de Tratamiento de la Comunidad.
- **CXH:** Clorhexidina.

D

- **Dpto:** Departamento.
- **ed:** edición.

E

- **EP:** Enfermedad Periodontal.

F

- **FAP:** Fibrilación auricular paroxística.

H

- **HTA:** Hipertensión arterial.

I

- **IHO:** Instrucción de higiene oral.

L

- **LCAR:** Caries próxima a una restauración.

M

- **MI:** Máxima intercuspidad.
- **MD:** Mesio-distal.
- **MOD:** Mesio-Ocluso-Distal.

N

- **NI:** Nivel de Inserción.
- **NT:** Necesidad de tratamiento.

S

- **SDA:** Arco dental acortado.

T

- **TFG:** Trabajo de Fin de Grado.

P

- **PF:** Prótesis Fija.
- **PPF:** Prótesis Parcial Fija.
- **PPFI:** Prótesis Parcial Fija sobre implantes.
- **PFDS:** Prótesis fija sobre dientes
- **PPR:** Prótesis Parcial Removible.
- **PS:** Profundidad de Sondaje.

R

- **RAR:** Raspado y alisado radicular.

V

- **VL:** Vestibulo-lingual.
- **VP:** Vestíbulo-palatino.

RESUMEN

En la realización de un plan de tratamiento integral para un paciente que presenta patología oral, es necesario unificar de manera coordinada y sistemática todas las disciplinas odontológicas necesarias.

En este trabajo se presentan dos casos clínicos. En cada uno de ellos se realiza un estudio exhaustivo para lograr un correcto diagnóstico y exponer las diferentes opciones terapéuticas, con el objetivo de reponer y devolver la salud bucodental desde un enfoque multidisciplinar contrastado con la evidencia científica.

Palabras clave:

Prótesis parcial removible, prótesis fija, tratamiento multidisciplinar, sobredentaduras, ataches.

SUMMARY

A comprehensive treatment plan is necessary to coordinate all dental disciplines when a multidisciplinary patient has to be treated.

In this academic work two patient's cases are presented. In each case an exhaustive study is carried out to arrive at a correct diagnosis and expose the different therapeutic options, with the aim of replacing and returning the oral health from a multidisciplinary approach contrasted with the scientific evidence.

Key Words:

Partial removable prosthesis, fixed prosthesis, multidisciplinary treatment, overdentures, attachments.

INTRODUCCIÓN

El manejo multidisciplinar en odontología es importante para planificar, diagnosticar y establecer un plan de tratamiento adecuado para el beneficio y la satisfacción de los pacientes.

Cada vez es más habitual que los pacientes acudan a la clínica demandando un tratamiento odontológico integral. Es fundamental que este tipo de tratamientos sean realizados mediante un enfoque multidisciplinario coordinado que combine y englobe principios biológicos, estéticos, quirúrgicos y protésicos esenciales para obtener una plena visión de los problemas del sistema estomatognático para así, poder realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento ^(1,2).

La pérdida dental genera inconvenientes tanto a nivel funcional como estético a los pacientes, siendo a veces grandes desafíos clínicos. Clínicamente da como resultado la deriva e inclinación de los dientes contiguos, la supra erupción de los antagonistas, alteraciones en la fonación y deglución, cambios en el aspecto facial, trastornos temporo – mandibulares y musculares. Además, la pérdida y la reabsorción progresiva del proceso alveolar, los dientes adyacentes y las estructuras de soporte influirán en el grado de dificultad para lograr una restauración adecuada del paciente. Además, se pueden ver comprometidos los estilos de vida, como el cambio en la dieta que conduce a la disminución de peso, la falta de confianza y actividades sociales confinadas que pueden desencadenar una insatisfacción psicológica ^(3,4).

El edéntulismo se define como la ausencia total o parcial de los dientes. La media de ausencias dentarias en España en el contexto europeo es de 13, 8 dientes ausentes en adultos mayores de 35 años, situándonos en valores bajos respecto al resto de países europeos ^(3,5).

De acuerdo a los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la caries y la enfermedad periodontal son las principales enfermedades de la salud bucal y en ambos casos el factor etiológico primordial es la placa bacteriana, resultando ser la pérdida de los dientes en sus etapas terminales ^(6, 7).

La OMS define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinado por el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad ^(7, 8).

Es una de las enfermedades más prevalentes en la población mundial, entre el 92 y 94 % de la población adulta en España tiene caries. Y su severidad va aumentando conforme avanza la edad⁽⁹⁾.

La enfermedad periodontal es una patología de etiología multifactorial que afecta al tejido de soporte del diente. La forma más leve de la enfermedad periodontal se define como gingivitis y la más severa como periodontitis. Esta última es una entidad irreversible, resultado de una compleja relación entre la infección bacteriana, la respuesta del huésped asociada con su estilo de vida y comportamiento (hábitos de higiene oral, actividad física, consumo de cigarrillo y alcohol), enfermedades sistémicas (diabetes mellitus), la edad, sexo y el componente genético ^(10,11).

Según la encuesta de salud oral en España 2010, entre el 85 y 94 % de la población española mayor de 35 años presentan algún problema relacionado con las encías. Y entre el 16 y 30% de los españoles mayores de 35 años tiene periodontitis, alcanzando el grado de severidad entre el 5 y 11% de la población adulta ⁽⁹⁾.

Se piensa que, en conjunto, la periodontitis es responsable de un 30 a 35% de todas las extracciones dentarias mientras que la caries y sus secuelas llegan a responder en un 50% ^(6,10).

Después de la exodoncia de un diente, el proceso de cicatrización posterior genera cambios significativos en el hueso alveolar. La ausencia de dientes por tiempo prolongado provoca que el reborde alveolar edéntulo tenga una altura reducida⁽¹²⁾.

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado bucodental debe definirse como el bienestar físico, psicológico y social en relación con las condiciones de la dentición y de los tejidos duros y blandos. Una de las funciones de la odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias, tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria⁽⁵⁾.

Con el objetivo de simplificar la descripción, comprensión y el diseño de las prótesis parciales en las arcadas edéntulas, se han creado varios tipos de clasificaciones. Se dice que a Kennedy y a Rumpel, se les debe la iniciativa de haber intentado una forma más fácil y comprensiva de clasificación de los parcialmente desdentados ^(4, 5).

La odontología rehabilitadora se especializa en la realización de tratamientos en pacientes con alteraciones de cualquier nivel de complejidad devolviendo la función, estética y la armonía del sistema estomatognático.

En el presente trabajo de fin de grado (TFG) se exponen los casos clínicos de dos pacientes adultos de 40 y 60 años, que presentan varias condiciones patológicas en relación a su salud bucodental, susceptibles de rehabilitar de manera correcta el funcionamiento del sistema masticatorio y devolver la estética perdida a los pacientes, a través de un enfoque odontológico multidisciplinario.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Aplicar los conocimientos y competencias adquiridos durante los estudios de Odontología a la realización de un trabajo relacionado con los distintos campos del desempeño profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✧ Académicos.

- Estimular el compromiso con el autoaprendizaje como instrumento de desarrollo y responsabilidad profesional.
- Realizar y manejar búsquedas bibliográficas en las bases de datos.
- Manipular programas informáticos para procesado de texto e imágenes.

✧ Clínicos.

- Realizar exploraciones y pruebas complementarias necesarias para poder establecer un buen diagnóstico.
- Devolver la función y la estética para restablecer la salud oral y psicológica del paciente, respetando los criterios profesionales.
- Analizar las posibles opciones de tratamiento teniendo en cuenta los avances científicos, los recursos y las necesidades del paciente.

PRESENTACION DE LOS CASOS CLINICOS

CASO CLÍNICO 4167

Acude a consulta el 19 de febrero de 2018.

1. ANAMNESIS.

1.1. Datos de filiación: Mujer de 64 años.

1.2. Antecedentes médicos y Odontológicos personales: Paciente con colesterol alto, hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística diagnosticada, tratada y controlada. Operada de menisco de la rodilla derecha en abril de 2018.

1.3. Antecedentes médicos y odontológicos familiares: El paciente no refiere que en su familia haya antecedentes médicos ni odontológicos de interés.

1.4. Motivo de consulta: La paciente acude refiriendo: "Quiero volver hacerme la prótesis de abajo porque la que tenía me molestaba y se me rompió"

1.5. Clasificación del paciente según el sistema ASA: (American Society of Anesthesiologists, es un sistema de clasificación que sirve para valorar el riesgo quirúrgico y anestésico en función del estado físico del paciente) ASA II⁽¹³⁾ (**Anexo 1**).

1.6. Alergias: No presenta alergias medicamentosas conocidas.

1.7. Medicación actual: Hipertensión arterial controlada con Enconcor® (Bisoprolol) 2,5 mg, 1,5 comp/día y Masdil® (Diltiazem hidrocloreto) 60mg, 1 comp/día; fibrilación auricular paroxística controlada con Lanirapid® (β-Metildigoxina) 0,1 mg, 1 comp/día, Pradaxa® (Dabigatran etexilato) 150mg, 2 capsulas/día; Colesterol controlado con Simvastatina 40mg, 1 comp/día.

1.8. Hábitos:

- **Generales:** No fumadora, sin hábito alcohólico ni onicofagia.
- **Odontológicos:** Higiene bucal inadecuada, cepillado dental 2 veces al día mañana y noche. Visitas al odontólogo cuando tiene que arreglarse alguna pieza o padece dolor. Portadora de prótesis parcial removible esquelética superior.

2. EXPLORACION EXTRAORAL.

2.1. Análisis estético:

FRONTAL

- **Tercios faciales:** Evalúa la proporción y simetría a través de líneas de referencia perpendiculares al plano medio sagital, siendo esta una línea vertical que pasa por:
- **Triquion:** Punto de implantación del cabello.
- **Glabella:** Punto más prominente e inferior de la frente o línea supraciliar.
- **Subnasal:** Punto más inferior de la nariz o línea subnasal.

- **Mentoniano:** Punto más inferior del mentón o línea submentoniana.

De manera que el tercio superior se extiende de triquion a glabella, el tercio medio de glabella a subnasal y el tercio inferior de subnasal a mentón.

Una vez trazados los tres tercios sobre la cara del paciente, analizamos y se observa que son diferentes, siendo mayor el tercio inferior que el tercio medio y este es mayor que el tercio superior.

- **Quintos faciales:** Para evaluar de forma más meticulosa las posibles asimetrías faciales se usa la regla de los quintos. El ancho total de la cara equivale a 5 anchos oculares.
 - Ancho nasal = Distancia ocular intercantal.
 - Ancho bucal = Distancia entre ambos limbus mediales oculares.
 - Otra línea a canto externo del ojo.
 - Otra línea a borde de la oreja.

En este caso, se puede apreciar que los quintos son proporcionales entre sí.

- **Simetrías:**

- **Horizontal:** Se divide la cara en dos mitades trazando una línea que pase por el puente nasal, la punta de la nariz, el filtrum y mentón, el objetivo es evaluar las simetrías del lado derecho e izquierdo de la cara. No hay una simetría entre ambos lados de la cara.
- **Vertical:** Se comparan las estructuras bilateralmente, tomando de referencia la línea bipupilar, para valorar la simetría vertical de ambas hemifacies y poder localizar el defecto. La línea Bicomisural se encuentra ligeramente inclinada, de manera que el lado derecho se encuentra por encima del lado izquierdo sobre el plano horizontal (Anexo 2).

PERFIL

- **Angulo de perfil:** Se trazan dos líneas verticales, desde Glabella a Subnasal y desde Subnasal a Pogonion. El paciente presenta un perfil cóncavo, ya que las dos líneas verticales forman un ángulo $< 175^\circ$.
- **Angulo naso – labial:** La norma es de $90^\circ - 110^\circ$. El paciente tiene un ángulo de 98° , está dentro de la norma.
- **Contornos labiales:** Se valora trazando una línea vertical que va desde subnasal hacia abajo.

- **Labio superior:** La norma es de +2 mm a + 4 mm. La paciente presenta +2mm, dentro de la norma.
- **Labio inferior:** La norma es de 0 a +3 mm. La paciente +3mm, dentro de la norma.
- **Mentón:** La norma es de 0 a -4 mm. La paciente presenta +7mm, está por encima de la norma.
- **Línea E:** Línea que va desde la punta de la nariz hasta la parte más prominente de la barbilla y sirve para evaluar la posición de los labios. La norma es que los labios se sitúen por detrás de esta línea. Está en norma.
- **Angulo mentolabial:** Dentro de la norma.
- **Proyección del mentón:** Normal.
- **Implantación de las orejas:** Normal (Anexo 2).

ANÁLISIS 3/4

- **Proyección de los pómulos** normal ⁽¹⁴⁾ (Anexo 2).

2.2. Exploración de la ATM: Se realiza palpación bimanual de la articulación en máxima intercuspidad, en movimientos de apertura y cierre y en excursiones mandibulares. No presenta dolor durante los movimientos, ni durante la masticación o habla, ni en conducto auditivo externo (CAE) o áreas circundantes. No se detectan sonidos de las articulaciones en apertura ni en cierre mandibular. No presenta desviaciones en apertura o cierre de la mandíbula. La apertura máxima es de 32 mm, está dentro de la norma^(15,16). En la exploración neuromuscular no se aprecian signos clínicos patológicos ^(17,18).

2.3. Exploración glandular y cervical: La exploración se realiza bimanualmente, con varios dedos y con la cabeza ligeramente en hiperextensión. Se comparan ambos lados faciales y cervicales.

No se detectan hallazgos clínicos como zonas dolorosas, cambios de tamaño o alteraciones de movimiento en las cadenas ganglionares de las regiones supraclavicular, cervical superior y posterior, submaxilar, submentoniano, preauricular, auricular posterior y occipital ⁽¹⁵⁾.

2.4. Descripción de la piel y los labios: No presenta alteraciones dermatológicas ni queilopatías⁽¹⁵⁾.

3. EXPLORACION INTRAORAL.

3.1. Análisis dentolabial:

Análisis estático:

- **Exposición incisivo superior en reposo:** No hay exposición de los dientes superiores.
- **Línea media superior:** Centrada⁽¹⁴⁾.

Análisis dinámico:

- **Curva incisiva:** Cóncava y en armonía con la concavidad del labio inferior.
- **Línea de la sonrisa:** Es media ya que expone durante la sonrisa entre el 75 y el 100% de los dientes anteriores, así como las pailas gingivales interproximales.
- **Pasillo labial:** Hay corredores a ambos lados.
- **Línea interincisiva frente a línea media:** Son coincidentes, pero las líneas medias dentales no coinciden.
- **Anchura de la sonrisa:** 8 dientes visibles. Es normal.
- **Plano oclusal frente a línea comisural:** No presenta paralelismo.
- **Disposición del margen gingival:** Márgenes gingivales alterados.
 - Margen gingival del 11 está por debajo del 21.
 - Margen gingival del 12 está por encima del 22.
 - Márgenes gingivales de los caninos son simétricos⁽¹⁴⁾ (Anexo 3).

3.2. Tejidos blandos: Se realiza mediante observación visual y palpación.

- **Frenillos labial y lingual:** Posición, forma y longitud normales.
- **Mucosa yugal:** Color y textura normales, no presenta anomalías.
- **Paladar duro y blando:** No presentan anomalías.
- **Lengua:** La exploración se hace mediante tracción de la lengua con una gasa. Tamaño, forma, color son normales y no hay alteraciones papilares.
- **Suelo de la boca:** No presenta alteraciones.
- **Glándulas salivares:** Tamaño normal y la estimulación digital salivar es positiva.

3.3. Exploración periodontal: Se realiza mediante sondaje con el kit de exploración básico (Espejo nº 5 CS, Pinza College DP2 y Sonda de exploración EXD5) y sonda periodontal CP12 sin bola. Se Evalúan seis localizaciones por cada diente (mesial, central y distal por vestibular y por palatina / lingual).

La encía tiene un aspecto ligeramente inflamado y con el borde enrojecido. Se aprecia recesión gingival clase I de Miller en vestibular del 21 y del 35. Presenta placa en el sector antero – superior por vestibular y en incisivos inferiores tanto por vestibular como por lingual. Debido a las ausencias de los sectores posteriores imposibilita realizar

Ramjord, y por ello se hace el periodontograma completo para valorar estado general de inflamación de las encías: media de la Profundidad de Sondaje (PS) 2,14mm, media de Nivel de Inserción (NI) 1.96mm, 42% de placa y 38% de sangrado. Por otra parte, no presenta movilidad ni defectos de furca. Los datos son registrados en el modelo de periodontograma de la SEPA (Anexo 4).

Para la evaluación de la higiene de las superficies lisas y el sangrado gingival se han realizado el índice de placa de O'Leary y el Índice de Lindhe (IG-s) obteniendo como resultado un promedio de 81.25% y un 70.31% respectivamente ⁽¹⁹⁾ (Anexo 4).

Por lo tanto, indica que la paciente tiene una higiene deficiente y gingivitis generalizada, siendo necesario la motivación e instrucción de higiene oral.

3.4. Exploración dental: Mediante exploración táctil y con el kit de exploración básico, se examinan uno a uno todos los dientes. Hay ausencias en 18, 17, 16, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 44, 46, 47 y 48; facetas de desgaste en 13, 12, 11, 21, 22, 23, 34, 33, 32, 31, 41, 42 y 43; recesiones previamente enumeradas; la coloración dental es normal y se observan tratamientos previos y patologías cariosas activas que se registran en un odontograma y se confirman posteriormente con las pruebas complementarias. El valor del Índice CAOD es de 27 ^(20,21) (Anexo 4).

La paciente es portadora de una Prótesis parcial removible esquelética (P.P.R) en la arcada superior en 17, 16, 24, 25, 26 y 27. Presenta movilidad en la prótesis.

3.5. Análisis Oclusal: Se toman impresiones de alginato y cera de mordida en máxima intercuspidación (MI), a continuación, se toman registros del arco facial para transferir la posición tridimensional que tiene el maxilar superior en relación al plano de Frankfort. Se realiza el montaje de modelos en articulador Quick® Master FAG – Semi ajustable tipo Arcón. Se programan la trayectoria sagital condílea en 30° y la trayectoria lateral condílea en 15°⁽²²⁾ (Anexo 5).

- **Estudio estático intraarcada:** La forma de las arcadas es parabólica y simétricas tanto en sentido sagital como transversal.
 - **Curva de Spee y curva de Wilson:** No son valorables por la ausencia de los molares.
- **Estudio dentario individual:** No se detectan alteraciones de número, tamaño, forma o eruptivas. Los dientes siguen la línea de las arcadas. Se observan giroversiones en 15 hacia distopalatino, 31 hacia mesiolingual; ligeramente lingualizado el 34, ligeramente mesializados el 15, 23 y 45.
- **Estudio estático interarcada:** Muestra una clase I canina bilateral y la clase molar no es valorable por ausencia de los mismos. Presenta sobremordida de 3 mm, la norma

es que los incisivos superiores deben cubrir 1/3 o 2-3 mm de los incisivos inferiores, sin embargo, clínicamente se observa sobremordida aumentada debido al desgaste de los bordes incisales de los incisivos inferiores. El resalte es de 2 mm, es correcto ya que la norma es de 2 mm a 4 mm. Líneas medias dentarias no son coincidentes^(14,16).

4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

4.1. Periodontograma e índices de placa y sangrado: Completado durante la evaluación periodontal.

4.2. Estudio radiológico: La radiografía panorámica es realizada con Orthoralix® 9.200, nos ofrece una visión general de los maxilares, su relación con la dentición, los tejidos blandos y también nos permite ver el estado general de la ATM. En la ortopantomografía de la paciente muestra la existencia de obturaciones de resina compuesta previas en 15, 13, 22, 23, 35 y 45, endodoncia del 13 y patologías cariosas en 12, 21, 22, 34 y 35. En la arcada inferior el nervio dentario se sitúa próxima a la cresta alveolar (Anexo 6).

Para tener una visión más focalizada y minuciosa se realiza una serie periapical con el Expert® DC de Gendex®, permite observarse defectos óseos verticales, horizontales y pérdidas óseas en tramos edéntulos. Para la radiografía se emplea la técnica de paralelismo con el paralelizador Rihnn® de Denstply®. En las radiografías se puede observar pérdida ósea horizontal en sectores posteriores, en la arcada superior se puede apreciar la proximidad de los senos a las raíces dentales y el ligamento periodontal del 34 y 43 está ligeramente ensanchado ^(23,24)(Anexo 6).

Las pruebas radiológicas se realizan protegiendo al paciente con delantal y protector tiroideo plomados.

4.3. Fotografías: Para la realización del estudio fotográfico se emplea la cámara Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR14Ex. Los parámetros empleados son:

- **Sesión extraoral:** Sensibilidad (ISO) a 200, velocidad de obturación a 1/125 y apertura del diafragma (F) a 9. Se toman fotografías frontales, de perfil y de perfil ¾ tanto en reposo como en sonrisa.
- **Sesión intraoral:** (ISO) a 200, velocidad de obturación a 1/125 y (F) 32. Se toman fotografías en MI frontal y laterales, en desoclusión frontal y oclusal superior e inferior.

5. JUICIO DIAGNÓSTICO.

Médico:

- Según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, podemos clasificar a la paciente como A.S.A. II⁽¹³⁾. Al ser una paciente con una enfermedad sistémica controlada como es la hipertensión y fibrilación auricular paroxística. Por tanto, debemos adecuar el tratamiento odontológico a su situación.
- Respiradora nasal.
- Clase I esquelética/ ósea, crecimiento braquifacial, maxilar y mandibular normoposicionado, sobremordida aumentada y normoquelia

Periodontal:

- Presencia gingivitis generalizada y placa supragingival generalizada.
- Recesión clase I de Miller gingival por vestibular del 21 y del 35 ⁽²⁵⁾. No presenta movilidad ni defectos de furca.
- Pérdida ósea en tramos edéntulos superiores, de clase I, y en arcada inferior de clase III, según los criterios de defectos del reborde alveolar de Seibert (1983)⁽²⁷⁾.

Dental:

- Ausencias en 18, 17, 16, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 38, 37, 36, 44, 46, 47 y 48.
- Facetas de desgaste en 13, 12, 11, 21, 22, 23, 34, 33, 32, 31, 41, 42 y 43.
- Lesiones cariosas clase II distal en 34 y 35, clase III distal en 12, 21 y mesial en 22 según la clasificación de Black⁽²⁸⁾.
- Obturaciones filtradas en 15 y 45. Obturación clase IV fracturada en distal del 22. Obturación clase III distal en 13 y clase V en 23 sobreobturadas.

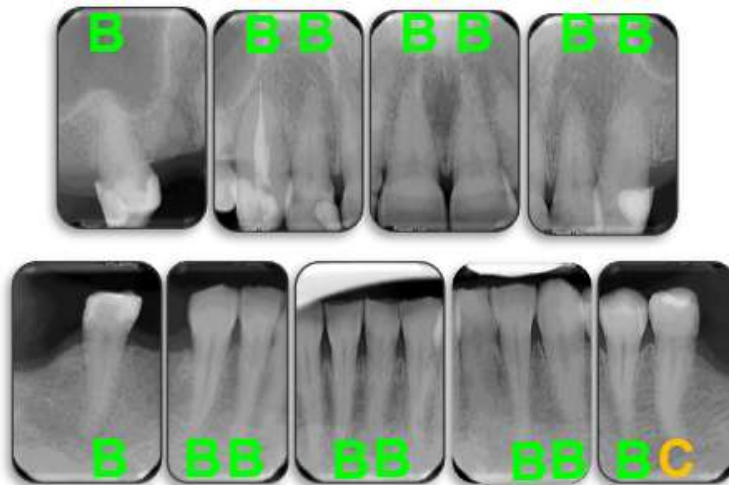
Protésico:

- Clase de Kennedy superior e inferior: Clase I modificación 1⁽²⁹⁾(Anexo8).
- Presenta PPR superior desajustada.

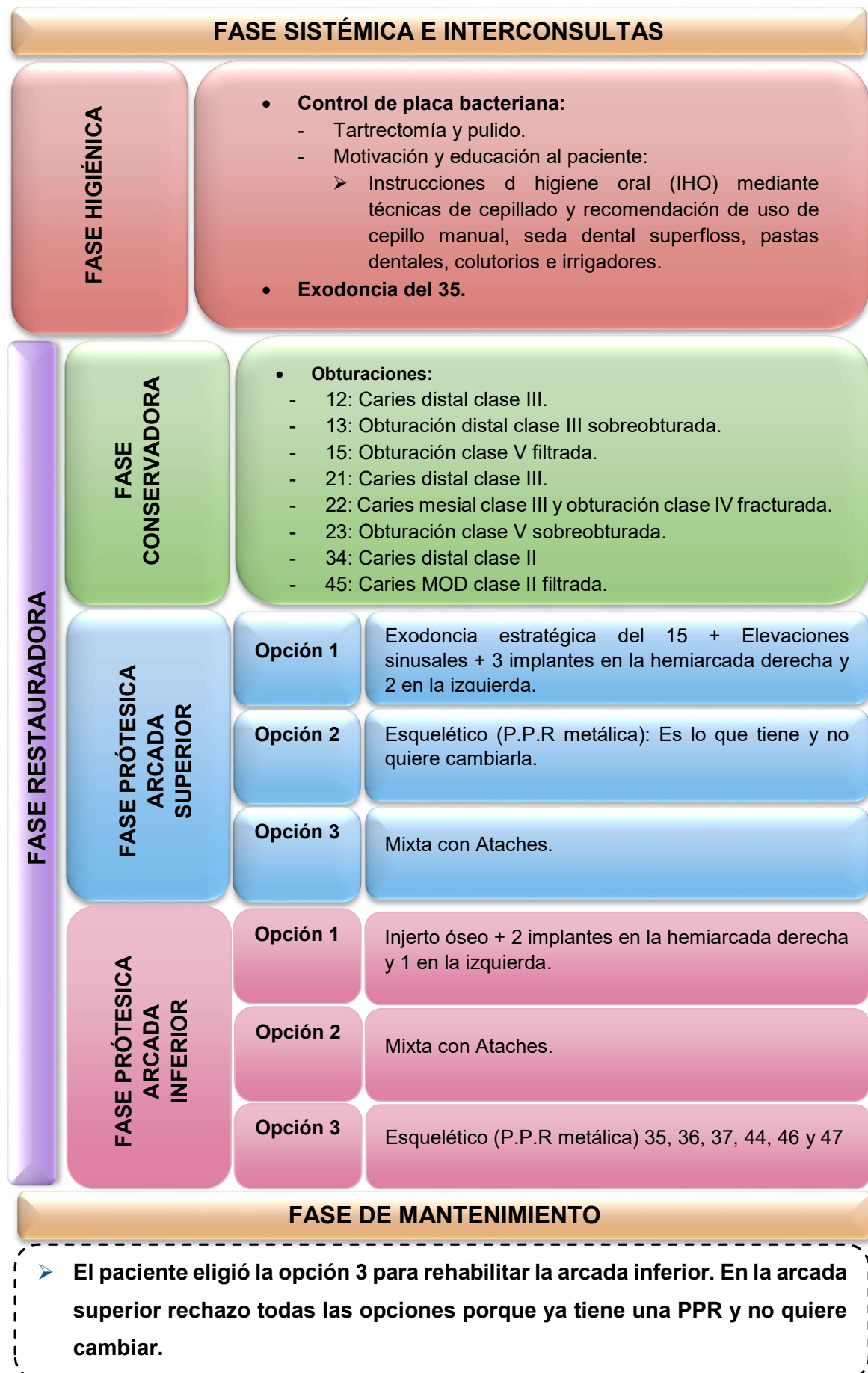
6. PRONÓSTICO.

6.1. General: Según Lang y cols, el pronóstico general es de alto riesgo porque presenta una enfermedad sistémica controlada, sangrado al sondaje mayor del 25%, índice de placa > del 40% y el número de dientes perdidos es > de 8⁽³⁰⁾.

6.2. Individual: Clasificación en base a parámetros diagnósticos objetivos, cuyo esquema conceptual se fundamenta en la que emplean ciertos grupos académicos como el de la Universidad de Berna (Suiza)⁽³¹⁾.



7. OPCIONES DE TRATAMIENTO.



CASO CLÍNICO 4493

Acude a consulta el 26 de febrero de 2018.

8. ANAMNESIS.

8.1. Datos de filiación: Hombre de 40 años.

8.2. Antecedentes médicos y Odontológicos personales: Paciente con hipotiroidismo, diagnosticado hace un año, tratado y controlado.

8.3. Antecedentes médicos y odontológicos familiares: El paciente no refiere que en su familia haya antecedentes médicos ni odontológicos de interés.

8.4. Motivo de consulta: El paciente acude a consulta refiriendo: “quiero arreglarme la boca porque llevo muchos años que me faltan dientes y los que me quedan están feos”.

8.5. Clasificación del paciente según el sistema ASA: (American Society of Anesthesiologists, es un sistema de clasificación que sirve para valorar el riesgo quirúrgico y anestésico en función del estado físico del paciente) ASA II ⁽¹³⁾ (**Anexo 9**).

8.6. Alergias: No presenta alergias medicamentosas conocidas.

8.7. Medicación actual: Eutirox® (Levotiroxina de sodio) 0.75 mg/día.

8.8. Hábitos:

- **Generales:** Paciente fumador de 1 paquetes de tabaco al día, consumidor de estupefacientes como cocaína, hachís y marihuana de manera ocasional (cuando sale de fiesta).

Según el test de Fagerström que determina la dependencia a la nicotina presenta una dependencia media⁽³²⁾ (**Anexo 9**).

- **Odontológicos:** Higiene bucal deficiente. Ocasionalmente cepillado dental una vez al día. Visitas al odontólogo cuando padece dolor. No hábito de onicofagia.

9. EXPLORACIÓN EXTRAORAL.

9.1. Análisis estético:

FRONTAL

- **Tercios faciales:** Se trazan 4 líneas perpendiculares al plano sagital que pasan por:

- Triquion: Punto de implantación del cabello.
- Glabella: Punto más prominente e inferior de la frente o línea supraciliar.
- Subnasal: Punto más inferior de la nariz o línea subnasal.
- Mentoniano: Punto más inferior del mentón o línea submentoniana.

De manera que el tercio superior se extiende de triquion a glabella, el tercio medio de glabella a subnasal y el tercio inferior de subnasal a mentón.

De esta manera se trazan los tres tercios sobre la cara del paciente y se observa que el tercio inferior esta aumentado.

- **Quintos faciales:** La regla de los quintos es que el ancho total de la cara equivale a 5 anchos oculares.
 - Ancho nasal = Distancia ocular intercantal.
 - Ancho bucal = Distancia entre ambos limbus mediales oculares.
 - Otra línea a canto externo del ojo.
 - Otra línea a borde de la oreja.

En este caso, se puede apreciar que los quintos son proporcionales entre sí.

- **Simetrías:**
 - **Horizontal:** Se divide la cara en dos mitades trazando una línea que pase por el puente nasal, la punta de la nariz, el filtrum y mentón, el objetivo es evaluar las simetrías del lado derecho e izquierdo de la cara. El paciente no presenta una simetría horizontal, estando desplazado los puntos de referencia hacia la izquierda.
 - **Vertical:** Se comparan las estructuras bilateralmente, tomando de referencia la línea bipupilar, para valorar la simetría vertical de ambas hemifacies y poder localizar el defecto. La línea Bicomisural, bipupilar y biauricular se encuentran ligeramente inclinadas, de manera que el lado izquierdo se encuentra por encima del lado derecho sobre el plano horizontal (**Anexo 10**).

PERFIL

- **Angulo de perfil:** Se trazan dos líneas verticales, desde Glabella a Subnasal y desde Subnasal a Pogonion. El paciente presenta un perfil convexo, ya que las dos líneas verticales forman un ángulo $< 165^\circ$.
- **Angulo naso – labial:** La norma es de $90^\circ - 110^\circ$. El paciente tiene un ángulo de 107° , dentro de la norma.
- **Contornos labiales:** Se valora trazando una línea vertical que va desde subnasal hacia abajo.
 - **Labio superior:** La norma es de +2 mm a + 4 mm. El paciente tiene +1 mm, siendo un valor inferior a la norma.
 - **Labio inferior:** La norma es de 0 a +3 mm. El paciente tiene 0, dentro de la norma.
 - **Mentón:** La norma es de 0 a -4 mm. El paciente presenta - 4mm, dentro de la norma.

- **Línea E:** Línea que va desde la punta de la nariz hasta la parte más prominente de la barbilla y sirve para evaluar la posición de los labios. La norma es que los labios se sitúen por detrás de esta línea. En norma.
- **Angulo mentolabial:** Dentro de la norma.
- **Proyección del mentón:** Normal.
- **Implantación de las orejas:** Normal (Anexo 10).

ANÁLISIS 3/4

- **Proyección de los pómulos** normal⁽¹⁴⁾(Anexo 10).

9.2. Exploración de la ATM: Se realiza palpación bimanual de la articulación en máxima intercuspidación, en movimientos de apertura, cierre y en excursiones mandibulares. No presenta dolor durante los movimientos, ni durante la masticación o habla, ni en conducto auditivo externo (CAE) o áreas circundantes. No presenta chasquidos, crepitaciones ni desviaciones de la mandíbula en apertura o cierre. La apertura máxima es de 41 mm, está dentro del rango normal. En la exploración neuromuscular no se aprecian signos clínicos patológicos como rigidez, cansancio o tirantez a nivel facial^(16,17,18).

9.3. Exploración glandular y cervical: La exploración se realiza bimanualmente, con varios dedos y con la cabeza ligeramente en hiperextensión. Se comparan ambos lados faciales y cervicales.

No se detectan hallazgos clínicos como zonas dolorosas, cambios de tamaño o alteraciones de movimiento en las cadenas ganglionares de las regiones supraclavicular, cervical superior y posterior, submaxilar, submentoniano, preauricular, auricular posterior y occipital⁽¹⁶⁾.

9.4. Descripción de la piel y los labios: No presenta alteraciones dermatológicas ni queilopatías.

10. EXPLORACIÓN INTRAORAL.

10.1. Análisis dentolabial:

Análisis estático:

- **Exposición incisivo superior en reposo:** No hay exposición de los dientes superiores.
- **Línea media superior:** Centrada⁽¹⁴⁾.

Análisis dinámico:

- **Curva incisiva:** Plana y no está en armonía con la concavidad del labio inferior.
- **Línea de la sonrisa:** Es baja, no expone más del 75% de los dientes superiores.
- **Pasillo labial:** No hay pasillos labiales.

- **Línea interincisiva frente a línea media:** Son coincidentes y las líneas medias dentales también coinciden, pero presenta asimetría horizontal.
- **Anchura de la sonrisa:** 8 dientes visibles. Dentro de la norma.
- **Plano oclusal frente a línea comisural:** Presenta paralelismo.
- **Disposición del margen gingival:**
 - Margen gingival de los incisivos centrales y de los caninos no se puede valorar por ausencia del 21 y del 23.
 - Márgenes gingivales de los incisivos laterales son simétricos ⁽¹⁴⁾ **(Anexo 11)**.

10.2. Tejidos blandos: Se realiza mediante observación visual y palpación.

- **Frenillos labial y lingual:** Posición, forma y longitud son normales.
- **Mucosa yugal:** Color y textura normales, no presenta anomalías.
- **Paladar duro y blando:** No presentan anomalías.
- **Lengua:** La exploración se hace mediante tracción de la lengua con una gasa. Tamaño, forma, color son normales y no hay alteraciones papilares.
- **Suelo de la boca:** No presenta alteraciones.
- **Glándulas salivares:** Tamaño normal y la estimulación digital salivar es positiva.

10.3. Exploración periodontal: Mediante sondaje con el kit de exploración básico (Espejo nº 5 CS, Pinza College DP2 y Sonda de exploración EXD5) y sonda periodontal CP12 sin bola. Se Evalúan seis localizaciones por cada diente (mesial, central y distal por vestibular y por palatina / lingual).

La encía presenta un aspecto ligeramente inflamado. Se aprecia recesión gingival en vestibular del 15, 14, 13, 22, 24, 25, 35, 34, 44, 47 y en lingual del 35, 32 y 42. Se aprecia placa supragingival generalizada. Por ausencias dentarias no es posible realizar el índice de Ramjord, y por ello se realiza periodontograma: media de la Profundidad de Sondaje (PS) 3,47 mm, media de Nivel de Inserción (NI) de 3,72 mm, 54 % de placa y 45 % de sangrado. Presentan movilidad los dientes 22, 32, 31, 41 y 42; no hay defectos de furca. Los datos son registrados en el modelo de periodontograma de la SEPA **(Anexo 12)**.

Para la evaluación de la higiene de las superficies lisas y el sangrado gingival se han realizado el índice de placa de O'Leary y el Índice de Lindhe (IG-s) obteniendo como resultado un promedio de 80% y un 66,25% respectivamente. Según el índice CPTN presenta necesidades de tratamiento 2 y 3 ⁽¹⁹⁾ **(Anexo 12)**.

Por lo tanto, indica que el paciente tiene una higiene deficiente y presenta periodontitis localizada siendo necesario motivación e instrucción de higiene oral.

10.4. Exploración dental: Mediante exploración táctil y kit de exploración básico, se examinan uno a uno todos los dientes. Hay ausencias en 18, 16, 21, 23, 26, 28, 38, 37, 36, 46, 48 y un resto radicular del 45; facetas de desgaste en 22, 24, 34, 33, 41, 43 y 44; recesiones previamente enumeradas; la coloración dental está alterada y se observan tratamientos previos y patologías cariosas activas que se registran en un odontograma y se confirman posteriormente con las pruebas complementarias. El valor del índice CAOD es de 104,7^(20,21) (**Anexo 12**).

El paciente es portador de una prótesis fija (P.F) de metal – porcelana en arcada superior en 13 y 14. No presenta desajustes.

10.5. Análisis Oclusal: Se toman impresiones de alginato y cera de mordida en MI, a continuación, se toman registros del arco facial para transferir la posición tridimensional que tiene el maxilar superior en relación al plano de Frankfort. Se realiza el montaje de modelos en articulador tipo arcón A7 Plus marca BIO-ART®. Se programan la trayectoria sagital condílea en 30° y la trayectoria lateral condílea en 15°⁽²²⁾ (**Anexo 13**).

10.6. Estudio estático intraarcada: Se observan arcadas parabólicas y simétricas tanto en sentido sagital como transversal.

- **Curva de Spee y Curva de Wilson:** No son valorables por ausencia de los molares posteriores.

10.7. Estudio dentario individual: No se detectan alteraciones de número, tamaño, forma o eruptivas. Los dientes siguen la línea de arcada salvo 31 y 32. Se observan giroversiones en 22 hacia mesialpalatino, 24 hacia mesiovestibular y 25 hacia mesiopalatino, extrusión de 0,9 mm en 15, vestibularizados 31, linguarizados 25 y 32, ligera mesialización del 22. No se detectan prematuridades.

10.8. Estudio estático interarcada: Muestra clase I canina derecha y las clases canina derecha y molar tanto izquierda como derecha no son valorables por ausencia de los mismos. Sobremordida normal de 1/3, la norma es que los incisivos superiores deben cubrir 1/3 de los incisivos inferiores. El resalte es de 2 mm, siendo correcto ya que la norma es de 2 mm a 4 mm. Líneas medias dentarias no se pueden valorar por ausencia del 21^(14,16).

11. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

11.1. Periodontograma e índices de placa y sangrado: Completado durante la evaluación periodontal.

11.2. Estudio radiológico: La radiografía panorámica es realizada con Orthoralix® 9.200, nos ofrece una visión general de los maxilares, su relación con la dentición, los tejidos blandos y también no permite ver el estado general de la ATM. En la ortopantomografía de la paciente muestra la existencia de obturaciones de resina

compuesta previas en 12, 11, 27, patologías cariosas en 13, 14, 22, 24, 34, 35 y 47, resto radicular (R.R) del 45. Endodoncias, perno – muñón colado y prótesis fija de metal porcelana en 13 y 14 (Anexo 14).

Para tener una visión más focalizada y minuciosa se realiza una serie periapical con el Expert® DC de Gendex®, permite ver defectos óseos verticales, horizontales y pérdidas óseas en tramos edéntulos. Para la radiografía se emplea la técnica de paralelismo con el paralelizador Rihnn® de Denstply®. Se puede observar la pérdida ósea horizontal tanto en el maxilar como en la mandíbula. Se aprecia un defecto de 3 paredes en mesial del 17, según la clasificación de los defectos infraóseos de Goldman y Cohen 1958. Presenta un foco apical en el 45 y caries interproximal entre el 34 – 35 y caries mesial en el 15 y en el 24 ⁽²⁴⁾ (Anexo 14).

Las pruebas radiológicas se realizan protegiendo al paciente con delantal y protector tiroideo plomados.

11.3. Fotografías: Para la realización del estudio fotográfico se emplea la cámara Cannon® 450D EOS con objetivo de 100mm y flash Macro Ring Lite® MR14Ex. Los parámetros empleados son:

- **Sesión extraoral:** Sensibilidad (ISO) a 200, velocidad de obturación a 1/125 y apertura del diafragma (F) a 9. Se toman fotografías frontales, de perfil y de perfil $\frac{3}{4}$ tanto en reposo como en sonrisa.
- **Sesión intraoral:** (ISO) a 200, velocidad de obturación a 1/125 y (F) 32. Se toman fotografías en máxima intercuspidad (MI) frontal y laterales, en desoclusión frontal y oclusal superior e inferior.

12. JUICIO DIAGNÓSTICO.

Médico:

- Según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists, podemos clasificar al paciente como A.S.A. II⁽³¹⁾. Al ser un paciente con una enfermedad sistémica controlada como es el hipotiroidismo adaptaremos el tratamiento odontológico.
- Respirador oral.
- Clase I esquelética/ ósea, crecimiento dolicofacial, maxilar y mandibular normoposicionado con mordida cruzada unidental del 25, sobremordida y resalte normal, presenta normoquelia.

Periodontal:

- Presenta periodontitis crónica localizada con bolsas y pérdida de inserción de 4 a 6 mm. Placa subgingival y supragingival generalizada⁽²³⁾.

- La encía esta inflamada y enrojecida. Se aprecia recesión gingival clase I de Miller en vestibular del 15, 14, 13, 22, 24, 25, 35, 34, 44, 47 y en lingual del 35, 32, 42 y 47⁽²⁵⁾. Presenta movilidad del 22, 32, 31, 41 y 42. No tiene defectos furcas.
- Pérdida ósea en tramos edéntulos según los criterios de defectos del reborde alveolar de Seibert (1883).
 - Arcada superior: Clase III.
 - Arcada inferior: Clase III⁽²⁷⁾.
- Según la clasificación de los defectos de Goldman y Cohen 1958, en mesial del 17 tiene un defecto de 3 paredes (rodeado por tres paredes óseas)⁽²⁴⁾.
- Higiene oral deficiente.

Dental:

- Ausencias en 18, 16, 21, 23, 26, 28, 38, 37, 36, 45, 46 y 48.
- Facetas de desgaste en 22, 24, 34, 33, 41, 43 y 44.
- Obturación de amalgama en 17 y 27; de composite en 11 y 12.
- Lesiones cariosas de clase II ocluso – mesial (MO) en 15 y 35; clase II ocluso – distal en 34; clase III mesial en 22, caries clase V en 24 según la clasificación de Black⁽²⁸⁾. Obturaciones desbordantes en 11 y 12.
- Los sextantes 1, 2, 4, 5 y 6 con NT 2 y el sextante 3 con NT 3 (Anexo 12).

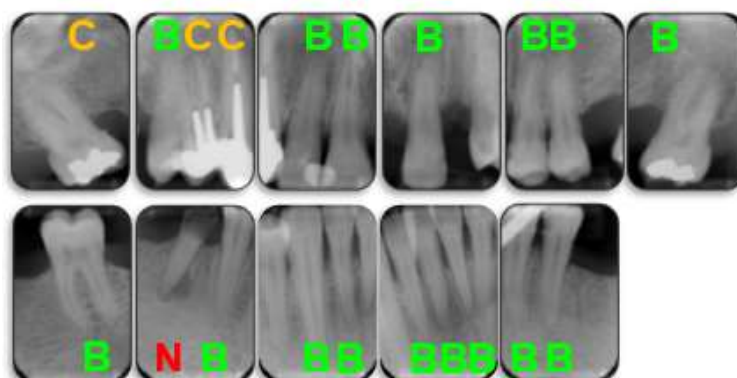
Protésico:

- Clase de Kennedy superior: Clase III modificación 3.
- Clase de Kennedy inferior: Clase II modificación 1⁽²⁹⁾.

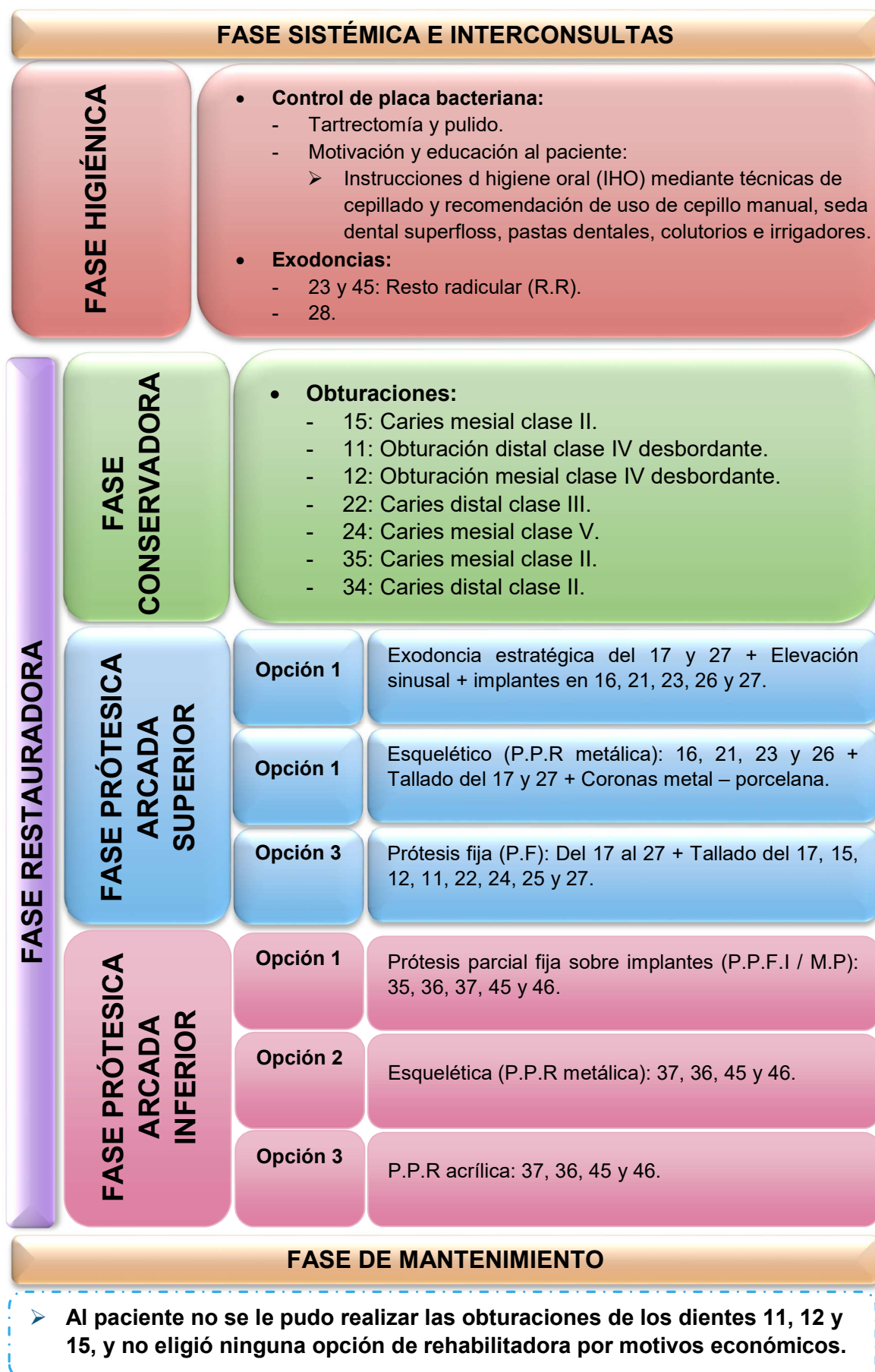
13. PRONÓSTICO.

13.1. General: Según Lang y cols, el pronóstico general es de alto riesgo porque presenta una enfermedad sistémica controlada, sangrado al sondaje mayor del 25%, índice de placa > del 40% y el número de dientes perdidos es > de 8⁽³⁰⁾.

13.2. Individual: Clasificación en base a parámetros diagnósticos objetivos, cuyo esquema conceptual se fundamenta en la que emplean ciertos grupos académicos como el de la Universidad de Berna (Suiza)⁽³¹⁾.



14. OPCIONES DE TRATAMIENTO



DISCUSIÓN

En la actualidad la prevalencia de edéntulismo en la población nacional es bastante elevada lo que se atribuye a una serie de factores causales, como la enfermedad periodontal y la caries, cuyo efecto es acumulativo con el paso de los años; Sin embargo, tanto los factores individuales como sociales están implicados.

Por otro lado, un factor a tener en cuenta es que estamos viviendo las consecuencias de un cambio del paradigma en el objetivo del tratamiento de los males que se presentan a nivel oral. Siendo así, que antes la exodoncia de un diente cariado era prácticamente la primera opción, debido a las circunstancias de la población en la primera mitad del siglo pasado, a día de hoy, la odontología tiene un paradigma más restaurador, lo que implica un amplio abanico de posibilidades para restablecer la funcionalidad y la estética perdidas a causa del edéntulismo en cualquiera de sus manifestaciones⁽³³⁾.

En este TFG los casos expuestos se tratan de: en el primer caso una mujer de avanzada edad, polimedicada, que presenta gingivitis generalizada y edéntulismo parcial, que se clasifica en una clase I modificación 1 de Kennedy de ambas arcadas y el segundo paciente es un hombre joven adulto, con patología sistémica de base, que presenta periodontitis crónica y edéntulismo parcial clasificado en una clase III modificación 3 en la arcada superior y una clase II modificación 1 en la arcada inferior según la clasificación de Kennedy.

A continuación, se va a detallar el tratamiento elegido en ambos casos, señalando las particularidades de cada uno de ellos.

1. Fase sistémica:

Inicialmente se evaluó la historia clínica para conocer si existe alguna enfermedad de interés. Ambos pacientes son ASA II debido a las patologías sistémicas que padecen, en el caso N°1 presenta hipertensión arterial (HTA) y fibrilación auricular paroxística (FAP) y en el caso N°2 hipotiroidismo. Todas ellas están diagnosticadas, tratadas y controladas correctamente por el especialista correspondiente, visitas periódicas al médico de familia y con el tratamiento farmacológico prescrito⁽¹³⁾.

En el caso de la hipertensión arterial: Debido a la prevalencia, la falta de factores causales identificables para la presión arterial elevada y la interconsulta realizada con el médico de familia, esta se clasifica como hipertensión arterial primaria idiopática o esencial y es controlada Enconcor® y Masdil®. Es importante llevar a cabo un adecuado

manejo odontológico para realizar de manera segura los tratamientos dentales. Este consiste en citas cortas y a primera hora de la tarde, reducir el estrés, control óptimo del dolor, evitar cambios bruscos de posición en el sillón dental, uso adecuado de los vasoconstrictores, tomar la presión arterial antes de realizar cualquier procedimiento en cada una de las citas (no debe superar los 140/90mm de Hg). Es necesario conocer las interacciones farmacológicas y efectos adversos que presenta, el Enconcor® interacciona con los AINE y corticosteroides, puede causar hipotensión como reacción adversa. Y el Masdil® en casos muy raros sequedad de boca e hiperplasia gingival.

La Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Asociación Dental Americana (ADA) recomiendan emplear vasoconstrictores adrenérgicos en pacientes con enfermedades cardiovasculares controladas, en dosis máxima de 0.2 mg de epinefrina y 1.0 de levonordefrina. Esta es la cantidad contenida en 20 mL de anestésico (11 cartuchos) a una concentración de 1:100,000 de epinefrina; pocos procedimientos dentales requieren tal volumen de anestésico. Aunque su uso es considerado seguro, algunos autores recomiendan limitar la dosis en los pacientes hipertensos controlados a 0.054 mg de epinefrina (tres cartuchos)^(34,35).

Respecto a la fibrilación auricular paroxística: Es controlada con lanirapid® y pradaxa®. Este último tiene interacciones farmacológicas con AAS, AINE, Clopidogrel, Ketoconazol, Itraconazol y no presenta reacciones adversas de interés odontológico. Como recomiendan la mayoría de guías de manejo de los anticoagulantes orales y también el metaanálisis de Yang et al. ⁽³⁶⁾ no hay un mayor riesgo de sangrado en los pacientes sometidos a una extracción dental hayan o no discontinuado el tratamiento anticoagulante⁽³⁶⁾.

El protocolo odontológico a seguir en el caso de extracciones dentarias, al ser considerado un procedimiento de bajo riesgo, se recomienda limitar las extracciones a un máximo de 2 a 3 piezas dentales y no suspender el tratamiento anticoagulante. Habrá que realizar la intervención unas 12 horas después de la última dosis y no tomar la siguiente toma alrededor de 6 horas después para controlar la hemorragia en la zona de extracción, hacer compresión con gasa empapada con ácido tranexámico durante 30 minutos y pudiendo ser necesario suturar. Posteriormente a la intervención se recomendará enjuagarse durante 2 minutos con una ampolla de ácido tranexámico cada 6 horas aún en ausencia de sangrado y seguir una dieta blanda, evitar comidas y bebidas calientes durante 48 horas^(37,38,39).

Hipercolesterolemia: Es controlado con Simvastatina®. No tiene interacciones farmacológicas y reacciones adversas de interés odontológico.

En el caso del hipotiroidismo: es controlado con Eutirox®. No tiene interacciones farmacológicas y reacciones adversas de interés odontológico. El manejo odontológico es el mismo que el de un paciente sin esa patología, la enfermedad cardíaca isquémica o falla cardíaca son importantes complicaciones de un adulto con hipotiroidismo por esto es importante evitar o usar en bajas dosis los sedantes que incluyen diazepam, analgésicos como la codeína y anestésicos generales y es importante evitar la aparición de procesos infecciosos^(40,41).

2. Fase higiénica:

La fase higiénica de la terapia periodontal es uno de los elementos de mayor importancia en el tratamiento odontológico, como consecuencia de que la mayoría de las enfermedades dentales como la caries y la enfermedad periodontal, son infecciones causadas por el exceso de biopelícula microbiana.

Por lo tanto, esta fase consiste en el control y/o eliminación de los factores etiológicos de la caries, de la placa y del tártaro de los dientes, así como la planificación de las exodoncias de los dientes que presentan pronóstico no mantenible o por razones estratégicas que favorezcan llevar a cabo el tratamiento integral ^(42,43,44,45).

Es necesario intentar conservar las estructuras dentarias, sin embargo, hay muchos casos en los cuales es inevitable realizar la extracción dental, los podemos resumir de la siguiente forma: Dientes en los cuales no es posible su restauración, restos radiculares, dientes con fracturas coronarias subgingivales, fracturas o fisuras verticales, con caries radiculares muy subgingivales y sobre todo subóseas, dientes con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, no recuperables y progresivos, dientes supernumerarios, tratamientos ortodónticos en los que hay una gran discrepancia óseo dentaria, sin posibilidad de crecimiento óseo, dientes incluidos o en posición ectópica y por problemas socio económicos del paciente, que dificulten la odontología conservadora ^(46,47).

Desde el punto de vista periodontal hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: educación y motivación del paciente, control de placa microbiana, instrucción de higiene oral, raspaje y alisado radicular, reevaluación. Una vez controlados estos aspectos podemos pasar a la fase de diagnóstico y plan de tratamiento definitivos⁽⁴⁸⁾.

Ambos pacientes presentan una higiene oral deficiente, por lo tanto, será necesario llevar a cabo un control de placa bacteriana tanto profesional como por parte del paciente mediante una buena educación, motivación e instrucción de higiene oral,

explicando la importancia que conlleva unos buenos hábitos higiénicos para el mantenimiento de la salud oral y de los futuros tratamientos odontológicos realizados. Por lo que se recomienda realizar el cepillado dental 3 veces al día y de una duración de 2 a 3 minutos. Seguir un orden sistemático en el cepillado, se recomienda la técnica de Bass por la sencillez en el aprendizaje y la efectividad que tiene para la remoción de la placa bacteriana. También se recomendó el uso de seda dental para extremar la higiene en las zonas menos accesibles con el cepillo dental y uso de colutorio con clorhexidina al 0.12% (CHX) un máximo de 15 días para el manejo terapéutico de la gingivitis. En el caso N°2 se le aconseja la disminución del consumo y posterior abandono del hábito tabáquico⁽⁴⁹⁾.

En ambos casos se realizó el control mecánico de placa bacteriana supragingival profesional, mediante ultrasonidos y pulido de las superficies coroneales considerado como tratamiento periodontal no quirúrgico. Pero en el caso N°2 por presentar periodontitis localizada, se hizo raspado y alisado radicular (RAR) de las bolsas periodontales, reduciendo así al mínimo la carga bacteriana mediante el desbridamiento⁽⁵⁰⁾.

Según Pires la estomatitis subplaca, afecta al 67% de portadores de prótesis Darwazeh cita que el 71,4% de los pacientes diagnosticados de estomatitis subplaca protésica presentan colonización por *Cándida* ⁽⁵¹⁾. El hecho de no quitarse la prótesis por las noches y de fumar son los dos factores que provocan mayor inflamación y una clínica más exagerada según el trabajo de Barbeau⁽⁵¹⁾.

En el caso N°1 la paciente presenta estomatitis prótesis subplaca grado II según Newton, debido a su mala higiene oral y por no retirarse la prótesis por las noches ⁽⁵²⁾. Para tratar la patología se le recomienda extremar la higiene oral de la prótesis y de los dientes remanentes, retirar la prótesis por la noche y sumergir la prótesis en una solución de clorhexidina a concentración entre el 0,2 y el 2% y aplicarse ácido hialurónico ya que tiene propiedad antiinflamatoria, y efectos inhibitorios de *Cándida Albicans* ^(52,53).

En el caso N°1 en la pieza 35 presenta una caries subgingival con extensión pulpar, por lo que se deberá hacer una endodoncia y para su restauración será necesario un alargamiento coronario además de colocar un poste de fibra de vidrio lo cual debilitará y reducirá su resistencia para poder ser candidato de un pilar de prótesis ⁽⁴⁶⁾. Por lo tanto, se decide su exodoncia (Anexo 7).

Para llevar a cabo el tratamiento restaurador se analizaron aspectos como evaluación post-endodóntica, evaluación de la cantidad de tejido dentario remanente, evaluación

periodontal, evaluación estética, evaluación de la morfología radicular, evaluación biomecánica.

Según la cantidad mínima de tejido remanente que se ha de tener para poder restaurar un diente es de 1 a 2 mm de corona, si no tenemos suficiente estructura coronal deberemos someter al diente a un alargamiento coronario si es posible utilizando un colgajo de reposición apical, si lo anterior no es posible, se debe optar por la exodoncia de carácter estratégico ^(54,55).

Razones por las que se decidió la exodoncia del 35: como estrategia cuando existen dientes que interfieren en el diseño de la prótesis, en muchos casos los planes de tratamiento que se les ponen como opción para salvar un diente no son factibles por la ausencia de recursos económicos del paciente y siendo que es aprensivo ante los tratamientos extensos y complejos, nos deja como única opción la exodoncia de dicho diente ⁽⁴²⁾.

En el caso N° 2 se han extraído los dientes 23, 28 y 45 con un pronóstico no mantenible según la clasificación en base a parámetros diagnósticos objetivos de la universidad de Berna ⁽³¹⁾.

Tras haber realizado la fase de terapia causal inicial dirigida a controlar la caries, la gingivitis y así como la eliminación de los factores etiológicos, con el objetivo de mejorar la preservación del periodonto a largo plazo.

3. Fase Restauradora:

La lesión de caries se puede definir como una disolución química de los tejidos duros del diente por ácidos de origen bacteriano, producto de la degradación de azúcares de bajo peso molecular.

Clínicamente la manifestación más temprana debido al aumento de porosidad, es la mancha blanca. Esta se visualiza como un esmalte de apariencia opaca y puede estar con la superficie intacta o microcavitada. Radiográficamente las lesiones de caries son evaluadas en las superficies proximales mediante el uso de técnicas de aleta mordida. El propósito de este examen es detectar lesiones ocultas al examen clínico. Adicionalmente la imagen radiográfica nos ayuda a estimar la profundidad de las lesiones y, por tanto, constituye un elemento necesario para la decisión del tratamiento⁽⁵⁶⁾.

El tratamiento de la caries consiste generalmente en la remoción del tejido cariado, dependiendo del grado de afectación de los tejidos duros dentales, solo deben ser

susceptibles de tratamiento quirúrgico-restaurador las lesiones de caries activa que han penetrado más allá del tercio exterior de la dentina⁽⁵⁶⁾.

A menudo nos encontramos con restauraciones previas defectuosas o cavitadas. En estudios realizados desde los años 90 hasta la actualidad se han evaluado las causas de fracaso de las resinas compuestas, considerándose en su mayoría, que las LCAR son la principal causa de fracaso de las restauraciones, seguidas de defectos marginales y tinción de los márgenes (Fernández y cols., 2011; Gordan y cols., 2009)⁽⁵⁷⁾. Por lo que es necesario corregirlas, de no ser así pueden constituir un factor de riesgo para la EP.

Las restauraciones deben cumplir unos requisitos fundamentales para conseguir como resultado el restablecimiento de la anatomía y fisiología de la estructura dental, establecer un buen punto de contacto, un buen ajuste marginal, así como de la integridad fisiológica del diente en relación armónica con la estructura dental remanente, los tejidos blandos y el sistema estomatognático y evitar superficies irregulares mediante una correcta técnica de pulido.

Actualmente en el mercado hay diversos materiales de obturación cavitaria desde los más actuales hasta los usados tradicionalmente, como son la amalgama y las resinas⁽⁵⁸⁾. En múltiples estudios se compara la longevidad de ambos materiales, en los que se obtiene como resultado una menor longevidad de las restauraciones de resina compuesta. En un estudio realizado en el año 2007, se determinó que la longevidad media es de 6,6 -14 años para las restauraciones de amalgama y de 3,3 – 4,7 años para las restauraciones de resina compuesta (Opdam y cols., 2007). Las resinas compuestas han sufrido diferentes variaciones en su composición mejorando sus propiedades físico-químicas, permitiendo que en la actualidad sean utilizadas como material de elección en cualquier sector dentario (Lundin y Rasmusson, 2004; Moncada y cols., 2007; Blum y cols., 2014)⁽⁵⁹⁾.

El desplazamiento gingival es un procedimiento muy útil para proteger la encía durante la preparación de la cavidad y para lograr una buena adaptación de la restauración, tratándose de una técnica relativamente simple y efectiva cuando se realiza con los tejidos periodontales saludables. La técnica más usada es el método mecánico-químico con el uso de un hilo retractor de distintos diámetros y longitudes, impregnados con diversos agentes químicos para el control de la hemorragia y fluidos gingivales. En numerosos estudios se han evaluado la respuesta de los tejidos periodontales a los márgenes de las restauraciones colocados subgingival o que presentan deficiente adaptación marginal, contornos inadecuados y superficies rugosas, han demostrado un

aumento significativo en la incidencia de la inflamación, la pérdida de inserción y la profundidad de sondaje⁽⁶⁰⁾.

El tratamiento realizado en ambos casos clínicos fue eliminar las caries presentes y reparar aquellas obturaciones defectuosas siguiendo el protocolo de obturación (**Anexos 7 y 15**). En el caso N°1 se obturaron la caries del 12 y del 34, se tuvieron que re-obturar aquellas restauraciones de composite filtradas en el 15, 22 y 45. Se pulieron las reconstrucciones sobreobturadas de los dientes 13 y 23. En el caso N2° se realizaron las caries del 22, 24, 34, 35 y 47. La caries del 15 y las obturaciones desbordantes del 11 y 12 no se pudieron hacer por cuestiones económicas del paciente.

Las restauraciones defectuosas o desbordantes han sido remplazadas y tratadas mediante el reacondicionamiento, que se considera el pulido de la superficie o remoción de excesos de resina compuesta y re-contorneado de la forma anatómica con fresas de terminación y discos de pulido (Mjör y Gordan, 2002). Cuyo beneficio inmediato es la disminución de la retención de placa⁽⁵⁹⁾.

Una vez controlados los factores etiológicos y tratadas las patologías cariosas se procede a la rehabilitación de la cavidad oral, con el objetivo de sustituir los dientes perdidos para restablecer de nuevo las funciones de masticación, deglución, fonación y la estética de nuestros pacientes.

4. FASE REHABILITADORA O PRÓTESICA

Se exponen varias opciones de tratamiento específicas para cada paciente, basándonos en los condicionantes propios que estos presentan.

Las posibilidades rehabilitadoras de las arcadas parcialmente edéntulas son: prótesis removible(PR) o fija sobre implantes(PPIF), prótesis fija dentosoportada (PF) o prótesis removible dentomucosoportada(PPR).

En ambos casos se llevó a cabo la confección de unos modelos de estudio que fueron montados en articulador semiajustable. La toma del arco facial y las ceras de mordida permiten registrar las relaciones espaciales del maxilar con puntos de referencia anatómica, y transferir esta relación a un articulador⁽²⁹⁾.

Para la valoración de los espacios edéntulos se tomó como referencia la clasificación de Kennedy⁽²⁹⁾. El caso N°1 presenta una arcada superior e inferior con clase I modificación 1 y en el caso N°2 clase III modificación 3 en el maxilar y clase II modificación 1 en la mandíbula. Las posibilidades rehabilitadoras en el primer caso son mediante PPFIS y PPR; en el segundo caso mediante PPFI, PFSD y PPR.

Tras realizar la extracción dental, los tejidos de la cavidad oral se modifican debido a la alteración de los estímulos en el hueso, lo que reduce el área que sostiene la prótesis siendo más severa en la mandíbula. Esta consecuencia del edéntulismo es inevitable y progresiva, y da como resultado a una retención y estabilidad insuficientes⁽¹²⁾.

Por ello el tratamiento con implantes en la actualidad es una práctica habitual en las consultas odontológicas. La tasa de supervivencia del implante a 5 y 10 años fueron de un 97,7% y 94,9% respectivamente⁽⁶¹⁾. Sin embargo, ciertas enfermedades sistémicas controladas, fumadores, presencia de periodontitis no controlada aumentan el riesgo de infecciones (mucositis y periimplantitis), afectando negativamente tanto la osteointegración como la durabilidad de los implantes. Aún con todo lo anterior, la literatura evidencia una baja pérdida de implantes considerándose un procedimiento seguro, por lo que no se indica una contraindicación total para su colocación ^(33,62).

Por lo tanto, la solución más óptima para reponer las ausencias dentarias es la rehabilitación implantológica, esta proporciona mayor estética, estabilidad y sujeción de las prótesis, siendo un método eficaz para solventar la problemática que conlleva el uso de prótesis convencionales como son la resorción ósea continua, el desplazamiento y la rotación durante la masticación⁽⁶³⁾.

En ambos casos se propuso la PPFI como la mejor opción de rehabilitación. En el caso N°1 en la mandíbula. Y en el caso N°2 en ambas arcadas. Dando la opción de rehabilitar hasta los primeros o segundos molares. La planificación protodóncica habitualmente incluye el reemplazo de todos los dientes faltantes con la intención de rehabilitar arcos dentales completos (CDA) (28 dientes). Sin embargo, otros estudios han indicado que 20 dientes de oclusión son suficientes para restaurar la arcada dental, considerándose arco dental acortado (SDA) ⁽⁶⁴⁾.

No obstante, los pacientes con edéntulismo a largo plazo tienen crestas alveolares delgadas y con poca altura, lo que dificulta la instalación de implantes de diámetro y longitud convencionales⁽⁶⁵⁾. Siendo necesario en algunas ocasiones la realización de técnicas de regeneración ósea y tisular, para aumentar tanto la anchura como la altura de las crestas óseas. En el caso del maxilar posterior atrófico es necesario realizar procedimientos de elevación de seno. Para todo lo anterior es necesario un examen clínico crítico y la evaluación radiográfica. La ortopantomografía (OPT) siempre es necesaria e imprescindible, aunque a menudo insuficiente e inadecuada, por ello se debe realizar un TC de haz de conos (CBCT) permitiendo un diagnóstico más certero ⁽⁶⁶⁾.

Aunque no hemos realizado un diagnóstico radiográfico mediante CBCT, después del estudio de modelos y la OPG parece que sería necesario la elevación sinusal de acceso mediante ventana lateral en ambos casos clínicos, además en el caso N°1 podría ser necesario regeneración ósea en regiones posteriores de la mandíbula. Si ambos pacientes optasen por la opción rehabilitadora mediante implantes dentales, sería necesario la derivación al Máster de Periodoncia e Implantología para valoración más exhaustiva.

Con la rehabilitación implantológica, a veces requiere que los pacientes se sometan a los procedimientos quirúrgicos adicionales y restauradores implicando largos periodos de tratamiento y elevando su coste. Dada la correlación entre edéntulismo parcial y el nivel socioeconómico más bajo (según estudios como el de Ziad y cols.) la PFSD o la PPR seguirán siendo una opción de tratamiento importante ante alternativas más costosas^(4,33,67).

Ambos pacientes rechazan la opción de PPFI por razones económicas, además el caso N°2, no parece ser un buen candidato para ser tratado mediante implantes dentales mientras no exista una mejora en los índices de placa, y cese del hábito tabáquico. Se ha de reeducar, concienciar y motivar para mejorar la higiene y así su salud periodontal.

En ciertas situaciones las PPR se indican como una opción del tratamiento cuando la longitud del tramo edéntulo contraindica una PFSD (necesario soporte residual para masticación), la excesiva pérdida de la cresta residual que no pueden ser reconstruidos por medio de injertos o regeneración ósea en los que están contraindicados los implantes y las limitaciones económicas^(67,68).

La adaptación adecuada y la extensión de las bases es de primordial importancia en la distribución de las fuerzas entre los sistemas de retención y el reborde alveolar residual y también es de suma importancia el control de la oclusión evitando que la prótesis sea potencialmente destructiva, afectando a los pilares de la restauración y a la cresta alveolar. Esto se puede evitar mediante el diseño correcto de la PPR. Además, los pacientes con poca higiene hacen que la PPR pueda ser dañina para el tejido periodontal y los dientes naturales, por el acumulo de placa bacteriana en ganchos y retenedores que contribuyen a la formación de lesiones cariosas. En ambos casos clínicos ya hemos comentado que la higiene oral es deficiente, por lo que hay que ser extremadamente rigurosos en el tema de la higienización de la prótesis como de los dientes naturales remanentes^(67,68).

En el caso N°1 se acepta la opción rehabilitadora mediante PPR en la arcada inferior, que es confeccionada según el protocolo de prótesis (Anexo 8). Y en caso N°2 se descarta esta opción por motivos económicos, pero según sus exigencias de estética y comodidad es más indicado una rehabilitación fija mediante implantes o sobre dientes naturales.

Están indicadas las PFSD cuando los implantes están contraindicados relativa o absolutamente y existe la necesidad de mejorar la estética en el caso de usar PPR. Estarán contraindicadas en el caso de espacios edéntulo de gran envergadura (de 3 o más dientes adyacentes faltantes), poca higiene, índice de caries elevado, enfermedad periodontal activa, pilares poco resistentes y con movilidad o por cuestiones económicas^(67,69). En varios estudios se ha demostrado que los pilares son más propensos a la acumulación de placa, inflamación gingival y desarrollo de bolsas que los dientes no pilares por eso es importante comentar a los pacientes de las consecuencias que conllevan las PFDS y el nivel de exigencia que se necesita para mantener un buen pronóstico a largo plazo⁽⁶⁹⁾. A continuación, se exponen los factores que condicionan la realización de PFDS: proporción corona – raíz 1:1, cumplir la ley de ante y pilares capaces de resistir mayores fuerzas oclusales. En el caso N°2 cumple estas condiciones, por ello se le propone la opción de rehabilitar mediante PFSD en la arcada superior e inferior, pero la elección del tipo de tratamiento está supeditada a condicionantes económicos⁽⁶⁹⁾.

Las PFDS requieren de una preparación excesiva de los dientes, estos podrían evitarse con el uso de implantes. Los datos disponibles sugieren que el resultado del tratamiento con prótesis parciales fijas posteriores sobre implantes tienen tasas de éxito de 8-20 años de alrededor del 95% en la mandíbula y el 92% en el maxilar. 97% por ciento de las PFDS se mantenían en uso después de 5 años, mientras que el 38% de la PPR se han reemplazado o se han sometido a importantes modificaciones⁽⁷⁰⁾.

Una vez expuestas las distintas opciones terapéuticas, será el paciente quien tome la decisión final sobre los tratamientos propuestos basándose en la comodidad, durabilidad a largo plazo, la economía y la estética.

La cooperación del paciente y un mantenimiento correcto de la higiene oral son los principales factores que determinan un pronóstico aceptable de los dientes restantes después del tratamiento protésico.

5. FASE DE MANTENIMIENTO:

El objetivo del mantenimiento debe ser la preservación de la salud gingival y periodontal, obtenida como resultado de la fase de tratamiento periodontal activo.

Tras la fase básica y la quirúrgica (en caso de que sea necesaria), pasamos a realizar la reevaluación periodontal, si el control de placa es bueno, procederemos con la fase restauradora. Independientemente de que hayamos decidido restaurar los dientes perdidos, es un objetivo fundamental que el paciente sea capaz de mantener un buen control de la placa, para lo que es necesario llevar a cabo mantenimientos periodontales entre 3 y 6 meses el primer año, aunque la frecuencia de las visitas debe ser individualizada para cada paciente según el caso.

En estas sesiones de mantenimiento habrá que verificar el estado de salud periodontal del paciente con lo que podremos observar su nivel de implicación, en estas citas realizaremos los tratamientos profilácticos que se requieran. Es importante concienciar y motivar a los pacientes para que acudan a las visitas de mantenimiento y para que mantengan un control de higiene oral correcto, puesto que, si no, todos los beneficios que hayamos conseguido tras la terapia se perderán, e incluso empeorarán con el paso del tiempo^(71,72).

Estudios clásicos ⁽⁷²⁾ demuestran que los pacientes con periodontitis en mantenimiento periodontal correcto pierden entre 0,03 y 0,06 dientes por año. Por el contrario, los pacientes sin mantenimiento reglado pierden entre 0,1 y 0,61 dientes por año, es decir, diez veces más. En un estudio de Axelsson y Lindhe del 2004. se pudo observar que la incidencia de caries y de enfermedad periodontal fue muy baja en el grupo de pacientes que cumplieron con los mantenimientos periodontales. Además, las pérdidas dentarias observadas no alcanzaron el 1% a los 30 años y la tasa de pérdida fue de 0,03 dientes al año ⁽⁷²⁾.

CONCLUSIONES

1. Un amplio conocimiento de la bibliografía es primordial para establecer un diagnóstico basado en la evidencia científica.
2. El tratamiento multidisciplinario en odontología conlleva a optimizar los resultados brindando un enfoque más amplio de las posibilidades de tratamiento para los pacientes.

3. La elaboración de una historia clínica sistemática y exhaustiva es fundamental para la obtención de un buen diagnóstico y proporcionar un tratamiento de calidad. También es vital en la interrelación entre los diferentes niveles de atención.
4. Es importante conocer las características de las enfermedades sistémicas que presentan a menudo los pacientes con el fin de estar preparados ante posibles adversidades y actuar de la manera más adecuada.
5. Las pruebas complementarias son de gran utilidad a la hora de realizar un diagnóstico certero.
6. La fase higiénica y conservadora son la base fundamental para realizar la futura rehabilitación oral.
7. El profesional debe informar de las opciones de tratamiento y será el paciente quien tome la decisión, basándose en la comodidad, la estética y fundamentalmente en su situación económica.
8. Tras realizar un tratamiento periodontal adecuado es importante llevar a cabo las fases de mantenimiento, reforzando y motivando los cuidados higiénicos del paciente. Es la clave para conseguir el éxito de un tratamiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vega D, Cardoso S. Rehabilitación Integral en Odontología. 2012;15(1):31–4.
2. De R. Reporte de caso. 2015;5(2):135–42.
3. Emami E, Souza RF De, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. 2013;2013.
4. Article R, Jeyapalan V, Krishnan CS. Partial Edentulism and its Correlation to Age , Gender , Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy ' s Classes – A Literature Review. 2015;9(6).
5. Murguiondo S, Velásquez R, Mendoza D, Pedraza G, Murguiondo MS, Velásquez MR, et al. Artículo original Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. 2011;
6. Enr MG, Carlos J, Calvo L. Acultad de. 2009.
7. Sh A. Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. 2009;1(25):27–32.
8. Oral S. E special rcoe Encuesta de Salud Oral en España 2015. 2016;21:8–48.
9. Oral S. Encuesta de Salud Oral en España 2010. 2010;
10. Borrás P, Rio P. Prevalencia de enfermedad periodontal y factores de riesgo asociados . Policlínico Pedro Borrás , Pinar del Río. 2011;15(2).
11. Cuenca S, Rodr N. Prevención Vmantenimiento en la patología periodontal V

- periimplantaria Prevención y mantenimiento en periodoncia e implantes. 2004;65–79.
- 12.** Loscos FG, Calvo PL, Bettina D, Álvarez A, Casanovas HJR, Marta D, et al. periodoncia y osteointegración. 2007;
 - 13.** Daabiss M. American Society of Anaesthesiologists physical status classification. Indian J Anaesth. 2011;55(2)(10.4103/0019-5049.79879):111–5.
 - 14.** Fradeani M. Rehabilitación estética en prostodoncia fija. Quintessence, editor. Vol. 1. Barcelona, España; 2006. 347 p.
 - 15.** Giulu Preti. Rehabilitación protésica. Amolca, editor. Vol. Tomo 1. Italia; 2007. 252 p.
 - 16.** Jeffrey P.Okenson. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Elsevier, editor. Vol. 7. Kentucky; 2013. 499 p.
 - 17.** Corsini G, Fuentes R, Bustos L. Determinación de los signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares, en estudiantes de 13 a 18 años de un colegio de la comuna de Temuco,. Int J ... [Internet]. 2005;23(4):345–52. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022005000400010&script=sci_arttext&lng=pt
 - 18.** Crincoli V, Di Comite M, Guerrieri M, Rotolo RP, Limongelli L, Tempesta A, et al. Orofacial Manifestations and Temporomandibular Disorders of Sjögren Syndrome: An Observational Study. Int J Med Sci [Internet]. 2018;15(5):475–83. Available from: <http://www.medsci.org/v15p0475.htm>
 - 19.** Agullo MJA, Loscos FG. Periodoncia para el higienista dental Importancia del uso de índices en la práctica periodontal diaria del higienista dental. 2003;13(Nº 3):233–44.
 - 20.** Indicadas E. Índice Comunitario o grupal. 2013;
 - 21.** María D, Torres J. C iencia Estado de la salud bucodental de niños andaluces. 2011;
 - 22.** Herbert T.Shillingburg, Jr D. No Title. 3rd ed. Quintessence, editor. Barcelona, España; 2000. 488 p.
 - 23.** Lindhe J, Karring T LN. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ªed. Médica Panamericana, editor. Puerto Rico; 2009. 543 p.
 - 24.** Martínez-lage JF, Azorín JFM, Andrés GS, López JF. R e v i s i ó n. 2013;
 - 25.** Cm AM. Recesión gingival: una revisión de su etiología , patogénesis y tratamiento. 2009;35–43.
 - 26.** Tooth Mobility : A Review. 2012;05(02):40–2.
 - 27.** García R, Ita ED De. AUMENTO DE REBORDE RESIDUAL UTILIZANDO INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO SUBEPITELIAL PARA CORRECCIÓN DE DEFECTO CLASE III . :1–9.
 - 28.** Chitlall A. CLASSIFICATION. 2017;15(July):17–8.
 - 29.** Mc.Cracken. Prótesis parcial removible. 11ªed. Elsevier, editor. Madrid, españa; 2006. 458 p.
 - 30.** Alvear FS, Botero L. RISK FACTORS FOR PERIODONTAL DISEASES. 2010;22.

31. Zambrano MEA, Calzavara D. Puesta al día en Periodoncia Pronóstico en Periodoncia . Análisis de factores de riesgo y propuesta de clasificación. 2005;15.
32. Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.
33. Odontología FDE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Departamento de Estomatología III. 2013;
34. Mexicana D. edigraphic.com. 2003;60.
35. Gill DG, Cardona CY, Mouton CP. Dental management in patients with hypertension : challenges and solutions. 2016;111–20.
36. Fernández FV, Malfeito R, María S, Cervi B, Magari M. Revista Española de Geriátría y Gerontología La anticoagulación oral en el anciano con fibrilación auricular no valvular. 2015;50(3):134–42.
37. Altirriba J, Aparicio P. Oral anticoagulation in primary care. 2017;19–34.
38. F GF, Sirvent Á, García-denche T. Nuevos anticoagulantes orales : repercusión odontológica. 2016;13:139–48.
39. Fortier K, Shroff D, Reebye UN. Review : An overview and analysis of novel oral anticoagulants and their dental implications. 2018;(February):1–9.
40. hipotiriodismo manejo odontologico(9).
41. Budenz AW. Local Anesthetics and Medically Complex Patients. 2000;1–13.
42. Facultad DELA, La DEODE, Las UDE. necesidad de exodoncias. 2016;
43. Práctica 5. introduccion a la exodoncia.
44. Ochotorena A, Oliveto V, Racioppi M, Rocha C. Estudio retrospectivo de una población de pacientes sometidos a exodoncias en la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires en el periodo enero 2012- mayo 2014. 2015;30.
45. Rica UDC, Montero-aguilar M. Razones para la extracción de piezas dentales en la Facultad de. 2011;
46. motivos de esxodoncias. :1–16.
47. Odontologia FDE. Guia de atención en cirugia oral basica. 2013;
48. Cl C, Rojas A, Jorge P. Educación y Motivación al paciente :
49. Rizzo-rubio LM, Torres-cadavid AM, Martínez-delgado CM. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal Comparison of different tooth brushing techniques for oral hygiene.
50. Provincial CJ. Cómo mejorar los resultados del raspado y alisado radicular. 2014;
51. Estomatitis protésica : puesta al día Denture stomatitis : update. 2004;9:657–62.
52. Kang J, Kim Y, Chang J, Kho H. Influences of hyaluronic acid on the anticandidal activities of lysozyme and the peroxidase system. 2011;(March):577–83.
53. Aguado FLM. Efecto de un gel de ácido hialurónico en la enfermedad periodontal . Estudio clínico e histopatológico. 2001;11(Nº 2):107–16.

54. Alargamiento coronario , una necesidad de retención protésica , estética y anchura biológica . Revisión bibliográfica. :171–80.
55. Gurrea J. y su aplicación actual.
56. MI MF, R CI, G RM, A MT, I UA. Tratamiento de lesiones de caries interproximales mediante el uso de infiltrantes Treatment of approximal caries lesions using infiltrants. 2011;134–7.
57. Alvarado-menacho S. Importancia del acabado y pulido en restauraciones directas de resina compuesta en piezas dentarias anteriores . Reporte de Caso. 2015;25(2):145–51.
58. López A, Bolufer DC, Alejandro I, Escanaverino A, Castro AL De. Factores relacionados con el fracaso de las restauraciones dentales de resina y amalgama ☆ Anisabel López de Castro Bolufer 1 □ , Israel Alejandro Acosta Escanaverino 1 , Adelfa López de Castro Alonso 2 1. 2017;56(265):104–12.
59. Para R, AI O. DE RESINA COMPUESTA A LOS 11 AÑOS DE INTERVENCIÓN.
60. Cm AM. las restauraciones sobre la salud gingival. :107–14.
61. Randolph R. Resnik CEM. Complicaciones en implantología oral. Elsevier, editor. Barcelona, España; 2018. 912 p.
62. Diego RG, Mang-de R, Cutando- A. Indications and contraindications of dental implants in medically compromised patients : Update. 2014;19(5):483–9.
63. López CS, Saka CH, Rada G, Valenzuela DD. Impact of fi xed implant supported prostheses in edentulous patients : protocol for a systematic review. 2016;10–3.
64. Khan S, Musekiwa A, Chikte UME, Omar R. Differences in Functional Outcomes for Adult Patients with Prosthodontically-Treated and -Untreated Shortened Dental Arches : A Systematic Review. 2014;9(7).
65. Albrektsson T, Faria-almeida R, Homm M, Jensen M, Tech A, Parlar A, et al. 1st European Consensus Workshop on Implant Dentistry University Education : Group B Group B photo (from left to right): Theoretical knowledge in implant dentistry for undergraduate students.
66. Nacional IC, Consenso D, Maxilar S. Cirugía Oral y. 2010;32(2):41–63.
67. Campbell SD, Cooper L, Craddock H, Sci M, Dent FDSR, Pros MRD, et al. Removable partial dentures: The clinical need for innovation. J Prosthet Dent [Internet]. 118(3):27380. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.01.008>
68. R olg. cómo evitar fracasos en prótesis dental parcial removable how to avoid failures in removable partial prosthesis. 2008;19.
69. Al-sinaidi A, Preethanath RS. The effect of fixed partial dentures on periodontal status of abutment teeth. Saudi J Dent Res [Internet]. 2014;5(2):104–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ksujds.2013.11.001>
70. Restoration of the partially edentulous mouth - a comparison of overdentures , removable partial dentures , fixed partial dentures and implant treatment *. 1996;24(4).
71. Periodontal K. The Trimeric Model: A New Model of Periodontal Treatment Planning. 2014;2–5.
72. Implantol AP. Terapéutica periodontal de mantenimiento. 2017;11–21.



ANEXOS PARA COMPLEMENTAR LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Anexo 1

ASA: II

CUESTIONARIO MÉDICO ANTECEDENTES PERSONALES (CUESTIONARIO ASA)

Necesitamos conocer su estado de salud general y los medicamentos que usted toma. Esta información ayudará a tomar las precauciones para realizar el tratamiento dental con la mayor seguridad posible. Esta información es confidencial.

NOMBRE y APELLIDOS: **M.C.V.D** FECHA NACIMIENTO: **64 años**

Preguntas generales

- 1.- ¿Ha tenido alguna vez complicaciones médicas durante el tratamiento dental? **Si**
Si es así, Tipo de complicación? **No**
2.- ¿Ha tenido alguna vez algún problema con el uso de algún medicamento? **Si**
Si es así, tipo de problema? **No**
¿con que medicación? **No**
3.- ¿Ha sido ingresado alguna vez en hospital, sometido a alguna intervención quirúrgica? **No**
Describa el motivo de ingreso y la fecha: **No**
4.- ¿Se siente nervioso ante el tratamiento con el dentista? **Si**
5.- ¿Ha tenido alguna mala experiencia previa en la consulta del odontólogo? **No**

PREGUNTAS	SI	NO	ASA
1.- ¿Ha sufrido dolor en el pecho tras un ejercicio? (angina de pecho)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Tiene restringida la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha empeorado la enfermedad recientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿Tiene dolor en reposo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V
2.- ¿Ha tenido algún ataque al corazón?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Tiene restringida la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha tenido algún ataque al corazón en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
3.- ¿Ha tenido algún soplo en el corazón o alguna enfermedad valvular o le han implantado alguna válvula cardíaca?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
¿Le han practicado alguna cirugía vascular o cardíaca en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Tiene marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	III
¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad reumática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IV
¿Tiene restringida la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IV
4.- ¿Ha tenido alguna vez palpitaciones cardíacas en reposo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Tiene que descansar, sentarse o tumbarse durante las palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿En ese momento ha tenido ahogos, palidez o mareos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
5.- ¿Ha tenido insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Ha tenido sensación de ahogo acostado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Necesita dos o más almohadas de noche debido a los ahogos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
6.- ¿Ha tenido alguna vez la tensión alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Escriba los valores de su última toma (toma actual): 130/85	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	III
¿Está su tensión sistólica normalmente entre 160-200 y la diastólica entre 95-115?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IV
¿Está su tensión sistólica normalmente entre 200 y más y la diastólica 115 o mayor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
7.- ¿Tiene tendencia al sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	III
Si es así: ¿Ha sangrado durante más de una hora después de algún accidente o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IV
¿Sufrir de hematomas espontáneos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IV
8.- ¿Ha padecido o padece de epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Ha empeorado últimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Sigue teniendo ataques de epilepsia a pesar de medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
9.- ¿Sufrir de asma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Utiliza para ello alguna medicación o inhaladores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Tiene hoy dificultades respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV

10.- ¿Tiene otros problemas pulmonares o tos persistente?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Le falta el aliento tras subir 20 peldaños?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Le falta el aliento cuando se viste?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
11.- ¿Ha tenido alguna vez reacción alérgica a la penicilina, aspirina, esparadrapos, latex o alguna otra cosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Tuvo por ello que ser hospitalizado o requirió medicación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ocurrió durante alguna visita al dentista?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿A que es alérgico?.....			
12.- ¿Padece usted de diabetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Se administra insulina?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Está su diabetes mal controlada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Que cifra de glucemia tenía la última vez?(especificar fecha).....			
13.- ¿Padece de enfermedad del tiroides?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Padece de hipotiroidismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Padece de hipertiroidismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
14.- ¿Padece usted ahora, o ha padecido, de enfermedad del hígado?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
15.- ¿Padece de enfermedades del riñón?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Está sometido a diálisis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Le han hecho algún trasplante de riñón?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
16.- ¿Tiene usted o ha tenido algún cáncer o leucemia?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Recibió para ello quimioterapia o trasplante de médula ósea?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha recibido radiación para algún tumor de cabeza y cuello?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
17.- ¿Padece de hiperventilación (se ahoga) o crisis de ansiedad?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
18.- ¿Alguna vez se ha desmayado durante tratamiento dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
19.- ¿Sufre alguna infección (tuberculosis, sífilis, otras...) ahora?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así indique cual es.....			
¿Tiene hepatitis o es VIH +?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
20.- ¿Necesita tomar antibióticos u otra medicación antes del tratamiento dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
21.- ¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?: Escriba el nombre.			
Para el corazón... Lanirapid, Enconcor, Masdil, Pradaxa			
Anticoagulantes... Pradaxa			
Para la tensión... Los mismos que toma para el corazón			
Aspirina o analgésicos.....			
Para la alergia.....			
Para la diabetes.....			
Corticoides (sistémicos o tópicos).....			
Para evitar rechazo de trasplantes.....			
Para enfermedades de la piel.....			
Para enfermedades digestivas.....			
Para enfermedades reumáticas.....			
Para el cáncer o enfermedades sanguíneas.....			
Penicilina, antibióticos.....			
Para dormir, depresión o ansiedad.....			
Anticonceptivos.....			
¿Ha utilizado alguna vez drogas de diseño?.....			
¿Alguna otra cosa? Simvastatina para el colesterol			
22.- Sólo para mujeres.: ¿Está embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Tiene algún problema con el embarazo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
23.- ¿Fuma.....? ¿Qué cantidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
24.- ¿Bebe con asiduidad y que cantidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
25.- ¿Padece usted alguna enfermedad o problema no mencionado que crea que debamos conocer?. Se incluyen enfermedades infecciosas confidenciales):.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Firma del paciente o tutor

Fecha

19/2/2018

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO
ODONTOLÓGICO GLOBAL**

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO: que no tengo conocimiento de haber padecido o tener en la actualidad ninguna enfermedad contagiosa. En caso de tener conocimiento de haber padecido o padecer alguna, especifique cual

COMPREENDO los posibles riesgos y complicaciones involucradas en el tratamiento odontológico, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible seguir una higiene oral escrupulosa y los controles clínicos programados.

ENTIENDO y acepto que la Clínica Odontológica no se compromete a la continuación inmediata del tratamiento asistencial, en caso de saturación de las Unidades Docentes.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

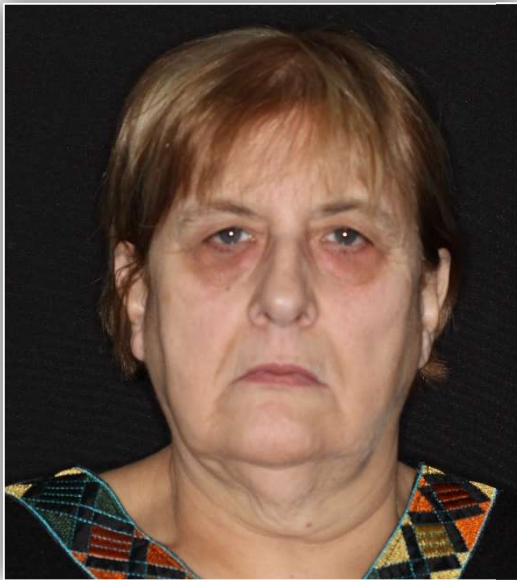
De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

Anexo 2. Análisis estético facial.

Frontal



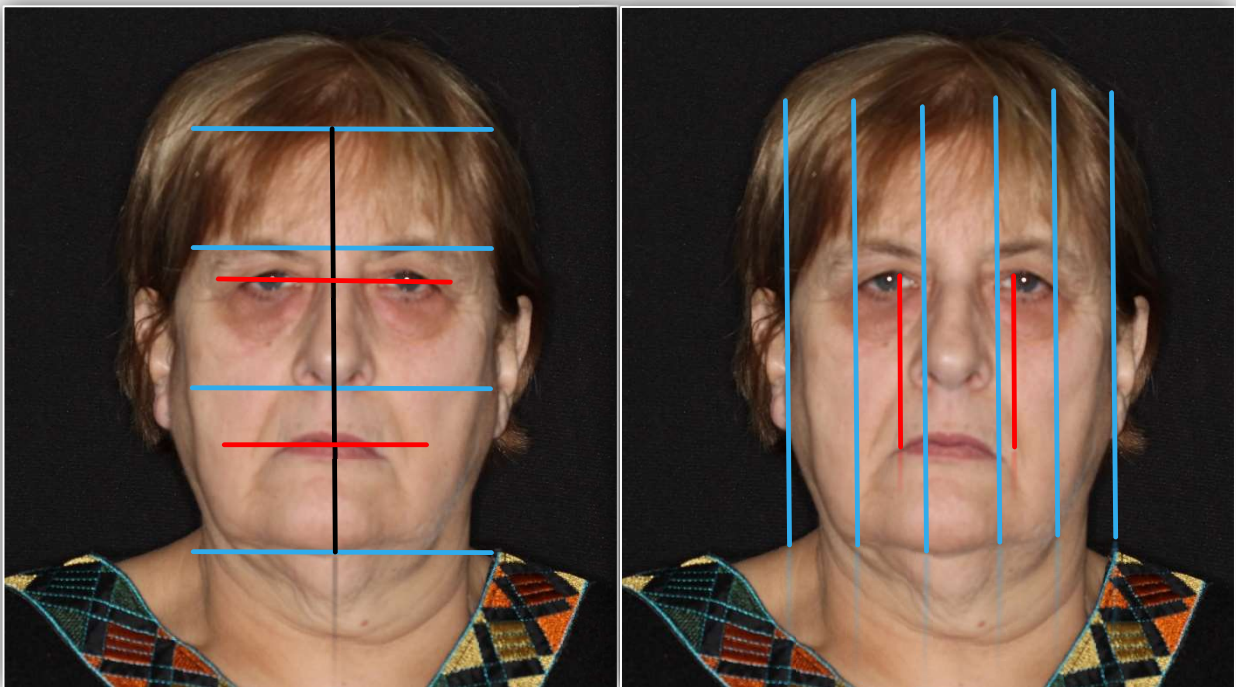
Perfil



$\frac{3}{4}$ del perfil



Análisis de los tercios y quintos faciales



Análisis del perfil facial



Anexo 3. Fotografías intraorales

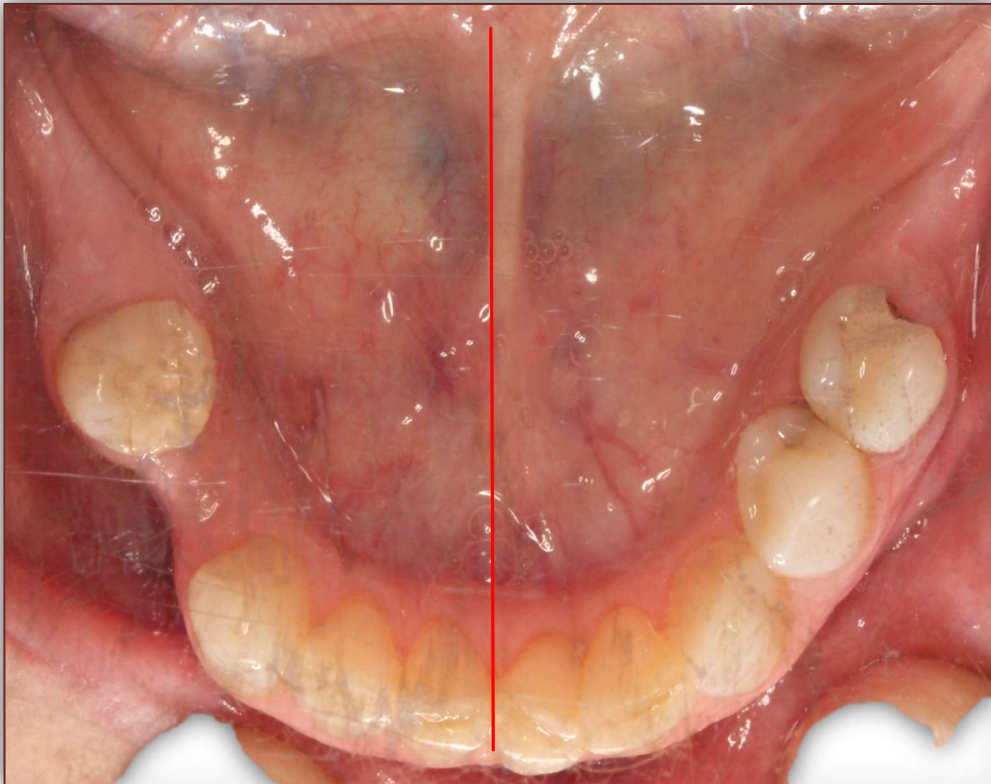
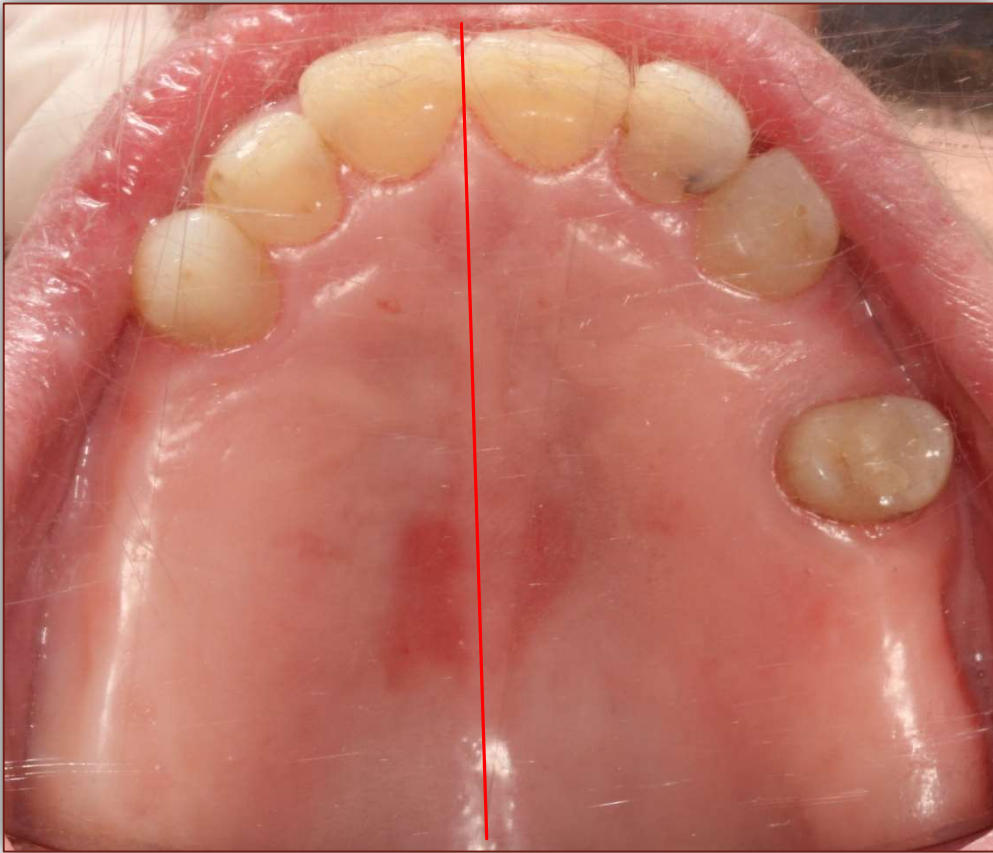
Frontales



Laterales



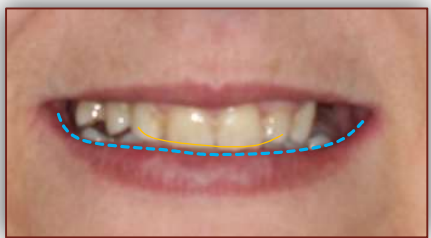
Oclusales



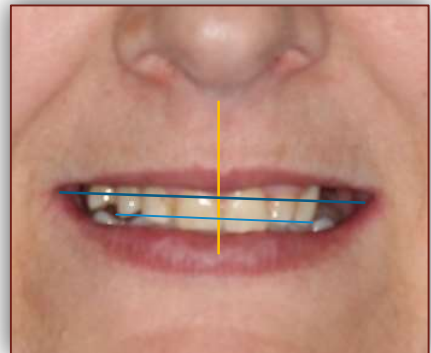
Análisis dentolabial



No hay exposición de los dientes superiores en reposo.



Curva incisiva: Cóncava y en armonía con él la curvatura del labio inferior.



Línea media dental y facial: Centrada y coincidentes.

El plano oclusal no es paralelo con la línea comisural



Alturas gingivales, inclinaciones axiales y línea media dental.

Anexo 4

Revelado de placa



Periodontograma

Evaluación: 11/04/2018

SEPA

SUPERIOR																
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Implante																
Movilidad	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Pérdida de inserción				3 2 3		3 2 2	2 1 2	2 1 2	1 1 1	3 2 3	3 2 3					
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	-1 -1 -1	-1 0 -1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 2 3	0 0 0	3 2 2	2 1 2	3 2 3	2 1 2	3 2 3	3 2 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Vestibular																
Palatino																
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 2 3	0 0 0	3 3 3	2 2 3	2 2 2	2 2 2	2 2 2	3 2 2	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	-1 -1 -1	-1 -1 -1	-1 -1 -1	-1 -1 -1	-1 -1 -1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Pérdida de inserción				3 2 3		2 2 2	1 1 2	1 1 1	1 1 1	1 1 1	3 2 2					
INFERIOR																
Pérdida de inserción				2 2 2		1 1 2	2 2 2	2 1 2	3 1 2	2 1 2	2 1 2	3 1 3	3 0 2			
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 -1 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0	0 0 0	2 2 2	0 0 0	1 1 2	2 2 2	2 1 2	3 1 2	2 1 2	2 1 2	3 1 3	3 1 2	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Lingual																
Vestibular																
Profundidad de sondaje	0 0 0	0 0 0	0 0 0	3 2 2	0 0 0	2 2 3	2 2 2	3 2 2	2 1 3	3 1 3	3 1 2	2 1 2	3 1 2	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 -1	-1 0 -1	0 0 0	0 0 -1	0 0 0	+2 +3 +3	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Pérdida de inserción				3 2 2		2 2 3	2 2 2	3 2 1	1 1 2	3 1 3	3 1 1	2 1 2	5 4 5			
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Movilidad	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Implante																
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

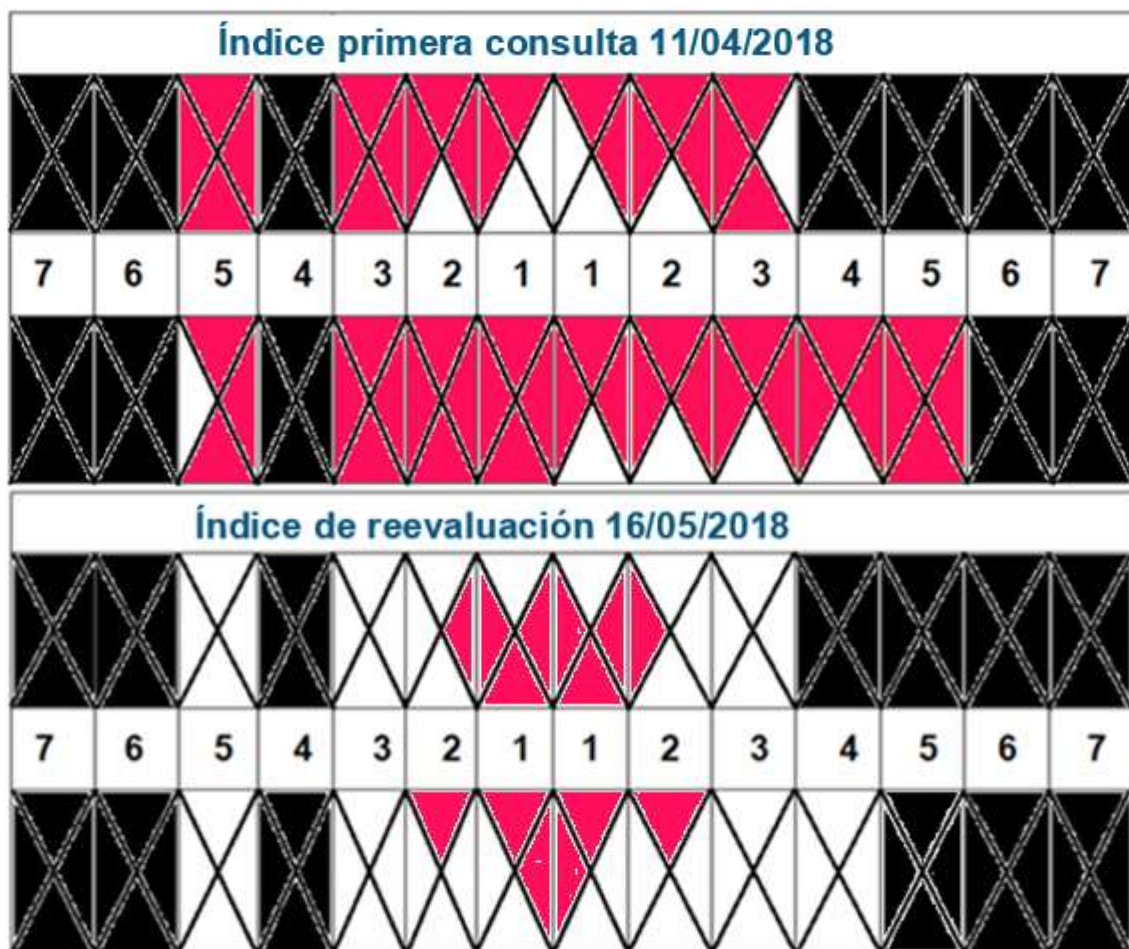
Media de prof. de sondaje= 2.14 mm

Media de nivel de inserción= 1.96mm

42% Placa

38% Sangrado al sondaje

Índice O'Leary / de placa



Índice de placa/O'Leary

11/04/2018

- Nº de superficies totales: 64.
- Nº de superficies teñidas: 52.
- Índice de placa: $\frac{52}{64} \times 100 = 81.25\%$. El índice indica que la higiene es deficiente.

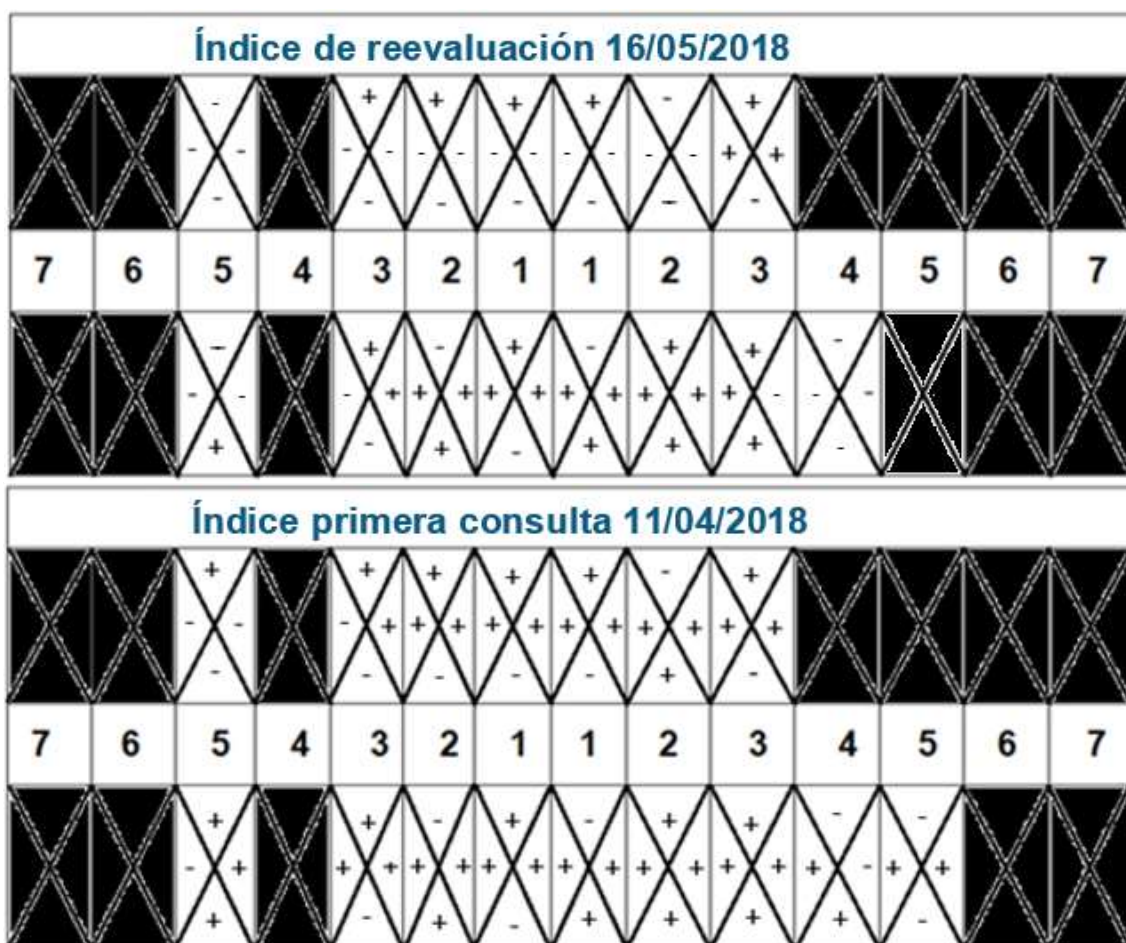
Índice de placa/O'Leary

16/05/2018

- Nº de superficies totales: 64.
- Nº de superficies teñidas: 14.
- Índice de placa: $\frac{14}{64} \times 100 = 21,86\%$. El índice indica que la higiene es cuestionable, pero hay gran mejoría respecto al índice inicial que fue 81,25%

Condición	Parámetro
Aceptable	0.0% - 12.0%
Cuestionable	13.0% - 23.0%
Deficiente	24.0% - 100.0%

Índice Lindhe/ de gingivitis



Índice de gingivitis/sangrado

11/04/2018

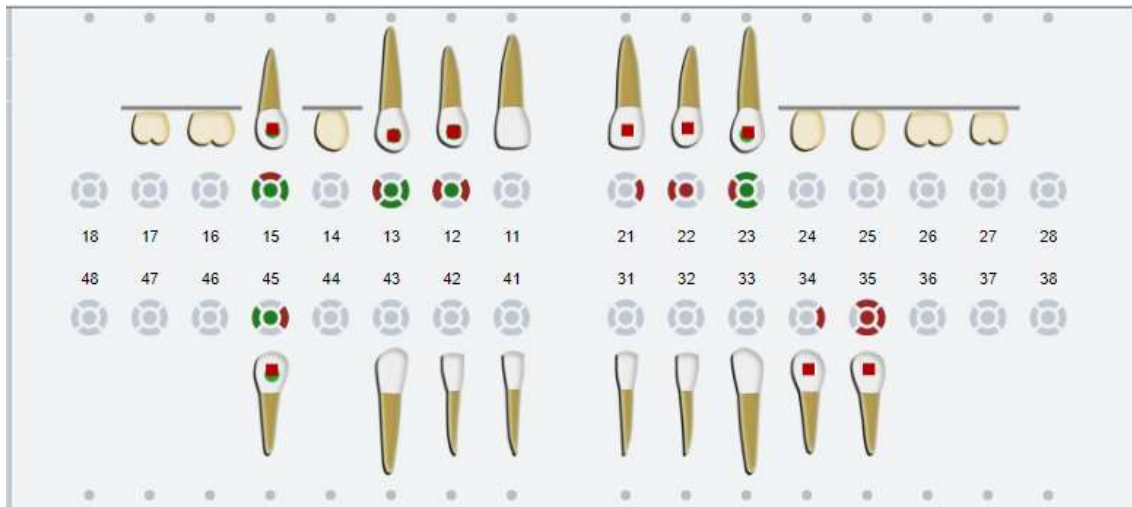
- Nº de superficies totales: 64.
- Nº de superficies sangrantes: 45.
- Índice de gingivitis: $\frac{45}{64} \times 100 = 70,31\%$. El porcentaje obtenido indica que existe inflamación, pues se considera normal hasta un 10%.

Índice de gingivitis/sangrado

16/05/2018

- Nº de superficies totales: 64.
- Nº de superficies sangrantes: 29.
- Índice de gingivitis: $\frac{29}{64} \times 100 = 45,31\%$. Según el porcentaje obtenido indica que existe inflamación, pero ha mejorado respecto el porcentaje inicial que fue 70,31%.

Odontograma



C	P	O	Total
5	16	6	$(5 + 16 + 6)/16 = 1,69$

Cuantificación de la OMS para el índice COPD

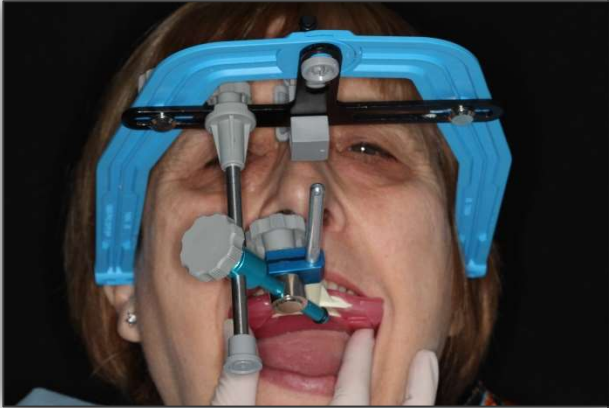
0,0 a 1,1	:	muy bajo
1,2 a 2,6	:	bajo
2,7 a 4,4	:	moderado
4,5 a 6,5	:	alto

Anexo 5. Modelos de estudio y montaje en articulador

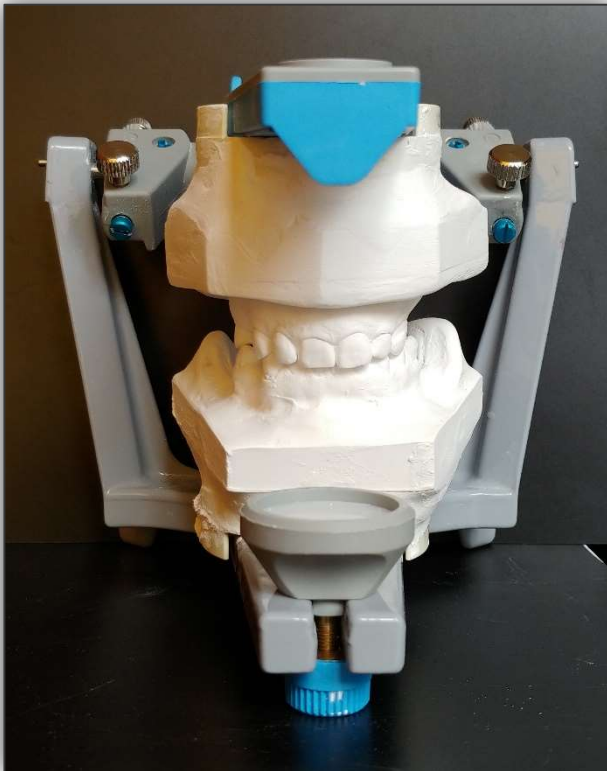
Modelos de estudio



Arco facial



Modelos articulados

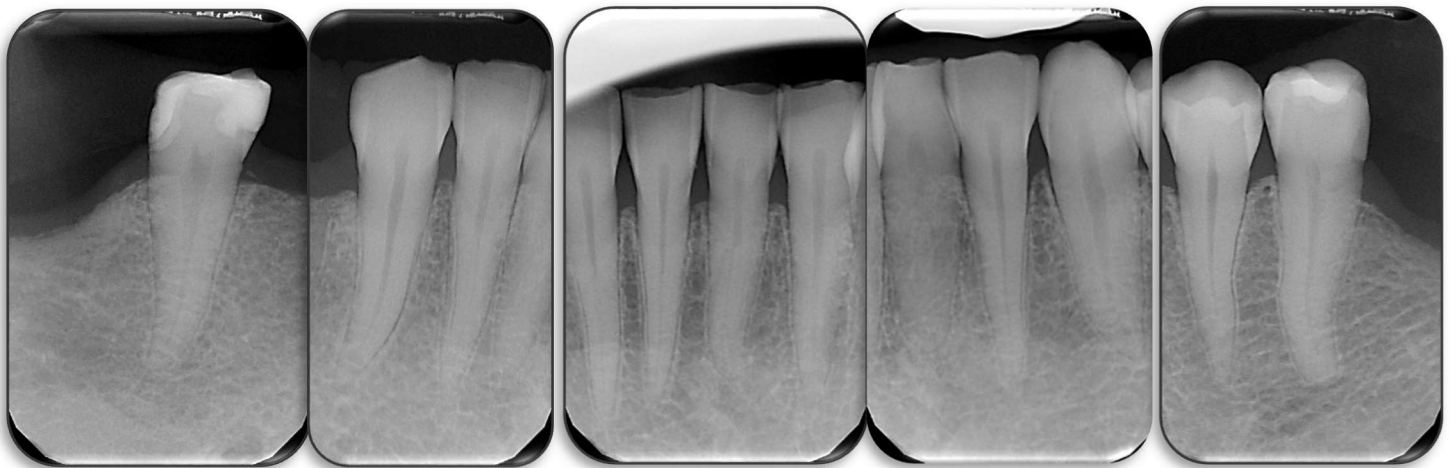


Anexo 6. Estudio Radiográfico

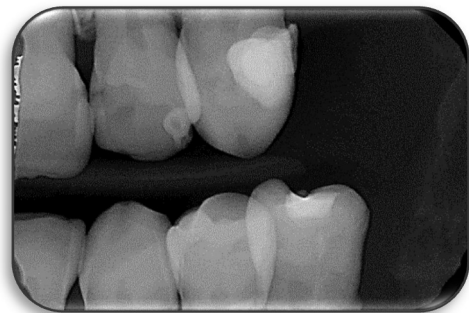
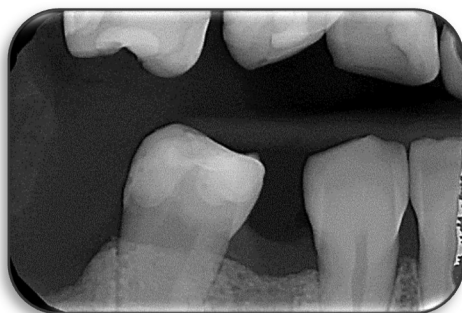
Ortopantomografía



Serie periapical



Aletas de mordida



Anexo 7.

Formulario de consentimiento informado para odontología conservadora

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D....., Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº....., me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la OBTURACIÓN DEL DIENTE/MOLAR.

1. El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada.
2. La intervención requiere anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado, hermético, conservando el diente/molar.

4. El/la facultativo/a me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. También se me ha recomendado que vuelva a visitarle dentro de 24 horas, especialmente si advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal o trauma.

Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica.

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

5. El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me practique el TRATAMIENTO DE ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo Fdo.: El paciente Fdo.: El representante legal
 Profesor Facultad CCSyD
 Odontología.
 Nº de colegiado

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Formulario de consentimiento informado para anestesia local

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

D/Dña:

DNI nº:

Años de edad:

Domicilio en:

D/Dña:

DNI nº:

Años de edad:

Domicilio en:

En calidad de:

Del paciente:

DECLARO

Que el Facultativo D/Dña..... Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº, me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de ANESTESIA LOCAL.

1. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
2. La anestesia consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos, de tal manera que se interrumpe transitoriamente la función sensitiva.
3. El/la odontólogo/a, estomatólogo/a, me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente va a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el lugar en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión y sensación de mareo.

Comprendo que, aunque según se me ha explicado, de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos, pueden requerir tratamiento urgente.

4. El facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.
5. Acepto que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada materialmente por alumnos de la Titulación en Odontología, bajo la supervisión del Facultativo firmante, profesor de la Universidad.

6. También acepto que los documentos y registros que se obtengan en la clínica antes, durante y después de la intervención puedan ser empleado por la Universidad para fines científicos y educativos, preservado en todo caso mi derecho a la protección de datos personales y a la intimidad.

7. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

8. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSENSO en que se me administre ANESTESIA LOCAL.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

Protocolo de obturación

1º

- Chequeo de la oclusión en MI

2º

- Anestesia tópica
- Anestesia locorregional

3º

- Aislamiento absoluto

4º

- DISEÑO Y PREPARACION CAVITARIA: Eliminación del tejido careado, confección y regularización.

5º

- ÁCIDO ORTOFOFÓRICO 37%: 15 sec en esmalte y 5 sec en dentina. Lavar y secar.

6º

- ADHESIVO: Aire + fotopolimerizar.

7º

- OBTURAR CON RESINA COMPUESTA: Técnica incremental oblicua en capas de 2 mm. Fotopolimerizar.

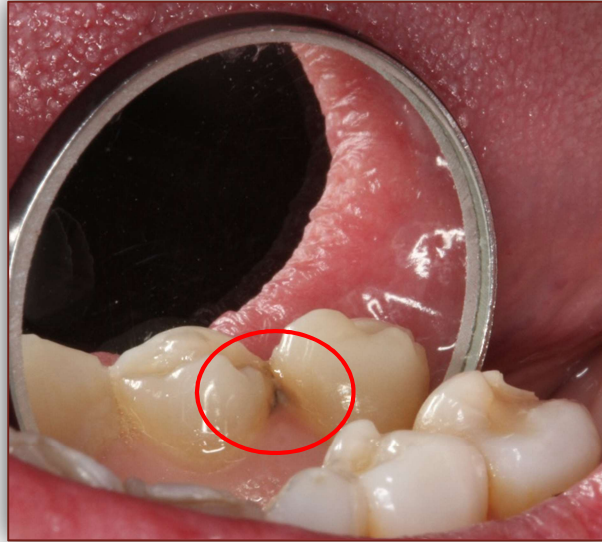
8º

- TERMINACIÓN: Pulido y acabado. Comprobar Oclusión.

Caries Clase III en 21/ Caries Clase III y IV en 22



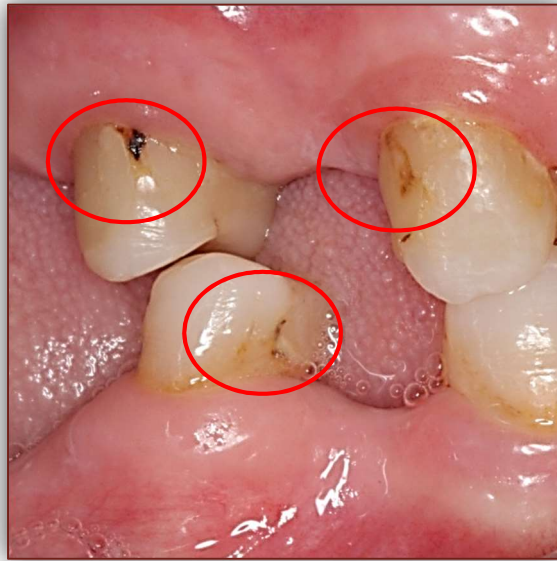
Caries Clase II en 34



Caries clase III en 12



Obturaciones filtradas en 15, 13 y 45



Re- obturación del 45

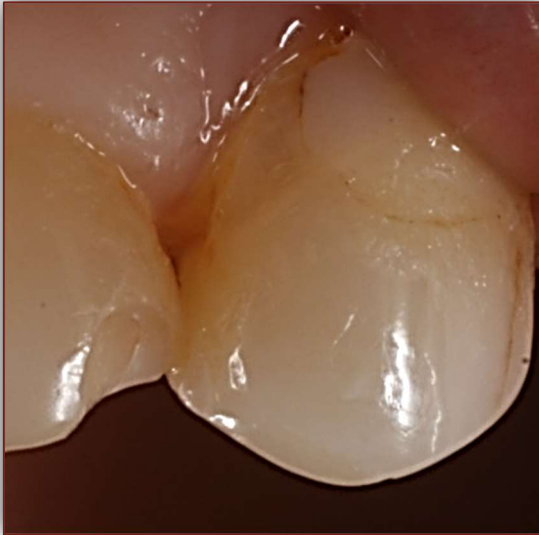


Re- obturación del 13 y 15



Verificar inserción
y retención de los
ganchos de la
prótesis

Obturaciones filtradas en 23 → Re – obturación



**Adaptación de la
reconstrucción al
margen gingival**



**Verificar inserción y
retención del gancho
de la prótesis**

Formulario de consentimiento informado para extracción simple

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION SIMPLE

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

D/Dña:

DNI nº:

Años de edad:

Domicilio en:

D/Dña:

DNI nº:

Años de edad:

Domicilio en:

En calidad de:

Del paciente:

DECLARO

Que el Facultativo D. Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la **EXTRACCIÓN DEL DIENTE/MOLAR**.

En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar y que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

1. El propósito de la intervención es la extracción del diente/molar ya que, aunque podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, las descarto por el estado que presenta, y que hace imposible su conservación.
2. La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
3. La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alveolo donde está insertada.
4. Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría para cohibirla, la colocación en el alveolo de una gasa seca.

También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interdental o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.

5. El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
8. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me EXTRAIGA LA PIEZA DENTAL

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

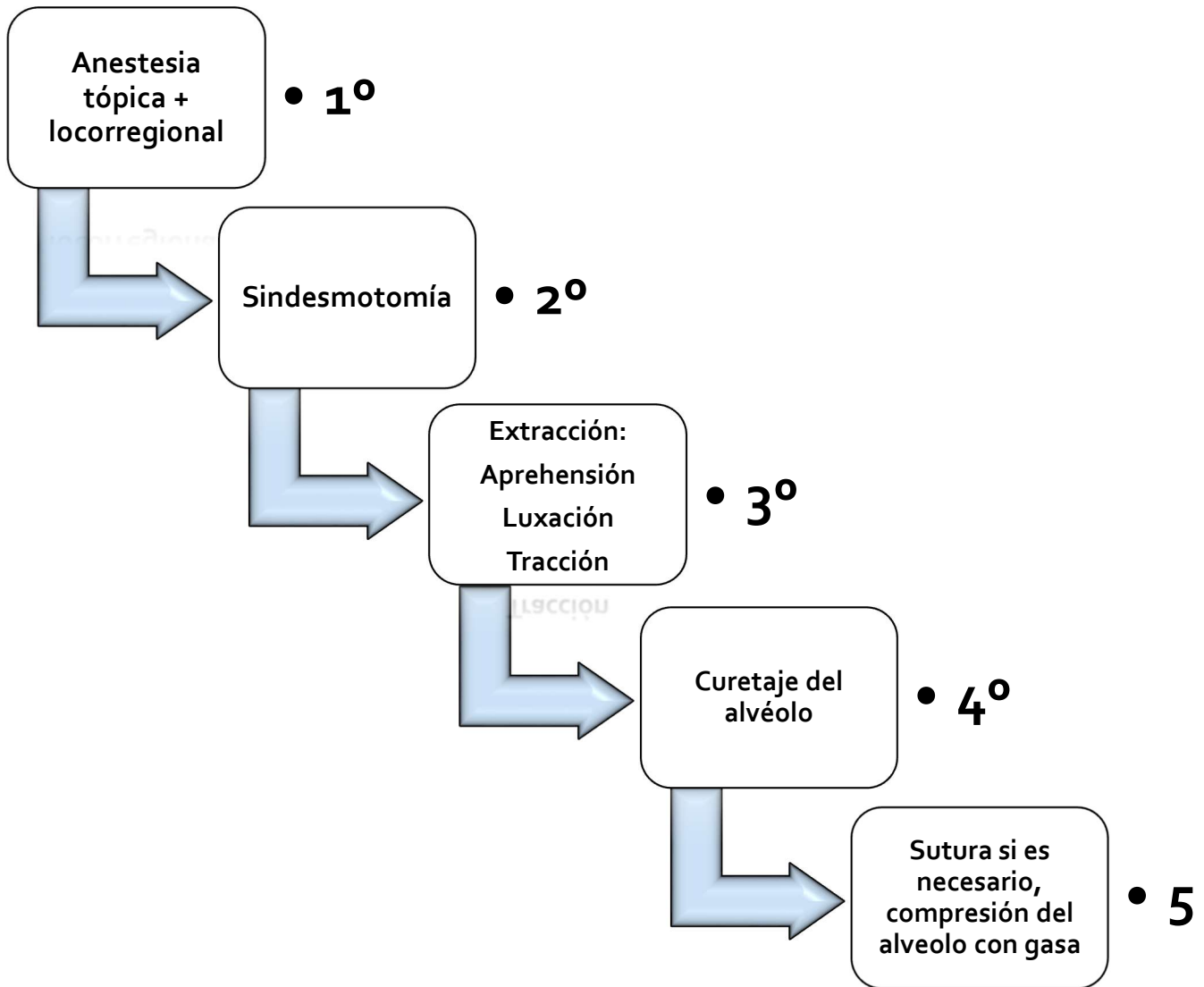
Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

Protocolo de Exodoncia



Exodoncia del 35



Podemos observar que la pieza ha salido totalmente integra.



Consejos post-cirugías bucales. Información para pacientes.

Si se le ha realizado una extracción dentaria o una cirugía:

- Muerda una gasa estéril en la zona de la extracción presionando con los dientes durante 30-45 minutos y luego retirarla.
- Tenga cuidado con la zona anestesiada. Es preferible no comer mientras tenga anestesia ya que puede morderse con facilidad la zona anestesiada sin darse cuenta.
- Se puede comer, siempre y cuando haya pasado el efecto de la anestesia; alimentos blandos, fríos, en trozos pequeños y líquidos (durante por lo menos 48 horas después de la intervención) por ejemplo: leche, helados, yogur, etc. Evite la ingesta de alimentos excesivamente calientes y duros.
- Procure no fumar durante las primeras 24 horas mínimo.
- Mantenga la cabeza elevada las primeras horas, evitando acostarse; si debe dormir, apoye la cabeza sobre dos almohadas.
- No hacer ningún esfuerzo físico durante 1 o 2 días después de la cirugía.
- Puede colocarse compresas frías en la zona de la cirugía o extracción, por ejemplo hielo envuelto en un paño durante 20 minutos, descanse otros 20 minutos y vuelva a colocarlo.
- Recuerde que sangrado no equivale a hemorragia. Es normal que luego de una cirugía o una extracción escupa algo de sangre o vea la saliva con tinte rosado.
- No se enjuague la boca en las siguientes 6 horas. Pasado ese tiempo podría hacerlo suavemente con una solución de agua y sal o con un antiséptico bucal recetado por su Dentista. A las 24 horas la higiene de la boca debe ser normal. Procure no hacer enjuagues enérgicos, y realizar un cepillado suave.
- Siga la medicación del Odontólogo, no tome medicamentos por su cuenta.
- Consultar con el Odontólogo en caso de complicaciones:
 - * hemorragia (salida profusa de sangre)
 - * Inflamación (hinchazón de la cara)
 - * Dolor, infección o retardo de la cicatrización de la herida.

Anexo 8.

Protocolo de confección de una prótesis parcial removable con cubeta individual

1º

- TOMA DE IMPRESIÓN DE AMBAS ARCADAS Y VACIADO

2º

- CONFECCIÓN DE CUBETA INDIVIDUAL

3º

- TOMA DE IMPRESIÓN CON CUBETA INDIVIDUAL + CERA DE MORDIDA Y VACIADO

4º

- TOMA DEL ARCO FACIAL Y MONTAJE DE LOS MODELOS EN ARTICULADOR

5º

- ANÁLISIS Y DISEÑO DE LA PROTESIS

6º

- PRUEBA DE METAL Y RODETES: COMPROBAR ALTURA Y ANCHURA DE LOS DIENTES + TOMAR COLOR DE DIENTES

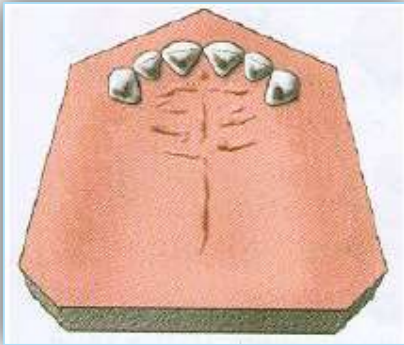
7º

- PRUEBA DE DIENTES: AJUSTE FUNCIONAL DE LA OCLUSIÓN

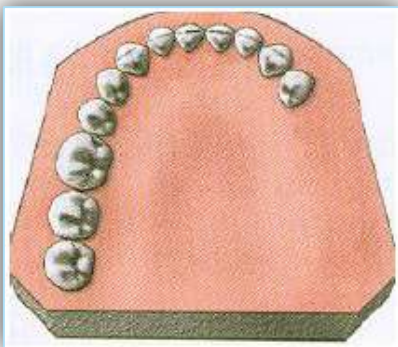
8º

- ACABADO: COMPROBAR OTRA VEZ LA OCLUSIÓN Y ENTREGAR PRÓTESIS + DAR INSTRUCCIONES DE INSERCIÓN Y RETIRADA DE LA PRÓTESIS DE LA BOCA Y CUIDADOS HIGIÉNICOS

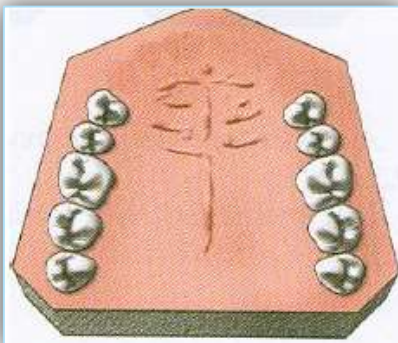
Clases de Kennedy



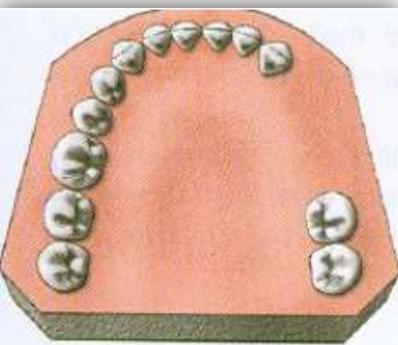
Clase I, desdentado
bilateral posterior



Clase II, desdentado
unilateral posterior



Clase III, zona desdentada
anterior o posterior con
límite dentario en ambos
extremos

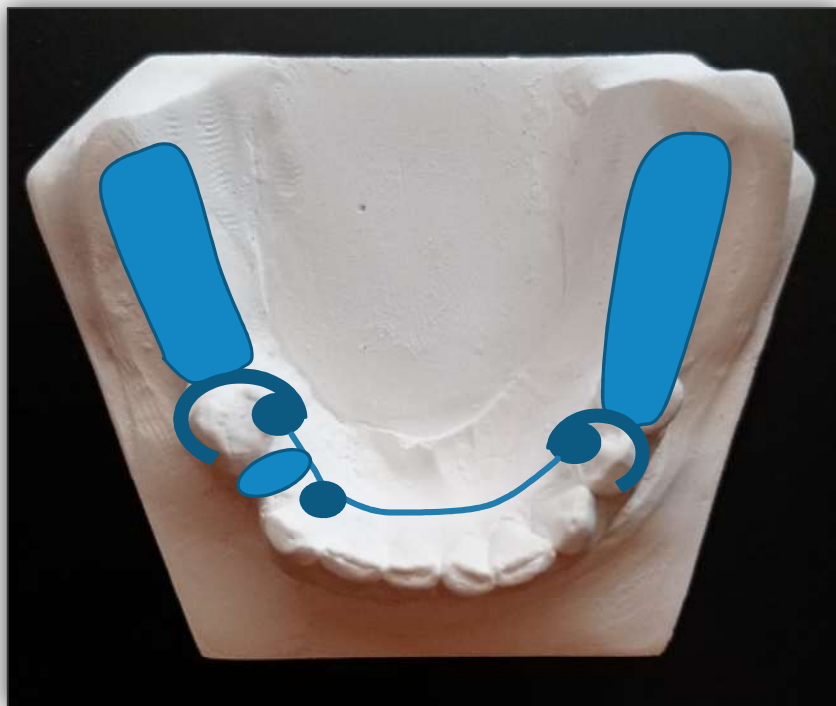


Clase IV, tramo desdentado
anterior que cruza línea
media sin espacios
adicionales

Cada una de las clasificaciones puede presentar zonas edéntulas adicionales que se denominan "modificaciones". La clase IV no tiene modificaciones.

La paciente tiene clase I de Kennedy en la mandíbula

Diseño de la prótesis



Topes oclusales en 34 y 45, retenedor en 45

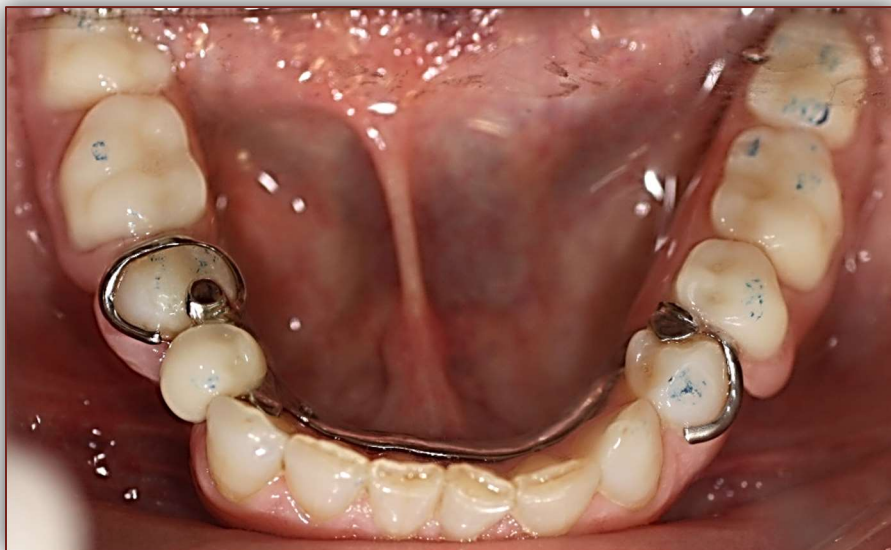
Prueba de Rodetes



Prueba de dientes



Acabado



Fotografías intraorales finales



Fotografías extraorales finales



Anexo 9

ASA: II

CUESTIONARIO MÉDICO ANTECEDENTES PERSONALES (CUESTIONARIO ASA)

Necesitamos conocer su estado de salud general y los medicamentos que usted toma. Esta información ayudará a tomar las precauciones para realizar el tratamiento dental con la mayor seguridad posible. Esta información es confidencial.

NOMBRE y APELLIDOS: J.M.C.G. FECHA NACIMIENTO: 40 años

Preguntas generales

- 1.- ¿Ha tenido alguna vez complicaciones médicas durante el tratamiento dental? ☒ SI ☐ NO
- Si es así, Tipo de complicación? ☒ SI ☐ NO
- 2.- ¿Ha tenido alguna vez algún problema con el uso de algún medicamento? ☒ SI ☐ NO
- Si es así, tipo de problema? ☒ SI ☐ NO
- ¿con que medicación? ☒ SI ☐ NO
- 3.- ¿Ha sido ingresado alguna vez en hospital, sometido a alguna intervención quirúrgica? ☒ SI ☐ NO
- Describa el motivo de ingreso y la fecha: ☒ SI ☐ NO
- 4.- ¿Se siente nervioso ante el tratamiento con el dentista? ☒ SI ☐ NO
- 5.- ¿Ha tenido alguna mala experiencia previa en la consulta del odontólogo? ☒ SI ☐ NO

PREGUNTAS	SI	NO	ASA
1.- ¿Ha sufrido dolor en el pecho tras un ejercicio? (angina de pecho)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Tiene restringida la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha empeorado la enfermedad recientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿Tiene dolor en reposo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V
2.- ¿Ha tenido algún ataque al corazón?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Tiene restringida la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha tenido algún ataque al corazón en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
3.- ¿Ha tenido algún soplo en el corazón o alguna enfermedad valvular o le han implantado alguna válvula cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Le han practicado alguna cirugía vascular o cardíaca en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
¿Tiene marcapasos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad reumática?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿Tiene restringida la actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
4.- ¿Ha tenido alguna vez palpitaciones cardíacas en reposo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Tiene que descansar, sentarse o tumbarse durante las palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿En ese momento ha tenido ahogos, palidez o mareos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
5.- ¿Ha tenido insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Ha tenido sensación de ahogo acostado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Necesita dos o más almohadas de noche debido a los ahogos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
6.- ¿Ha tenido alguna vez la tensión alta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Escriba los valores de su última toma (toma actual):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Está su tensión sistólica normalmente entre 160-200 y la diastólica entre 95-115?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿Está su tensión sistólica normalmente entre 200 y más y la diastólica 115 o mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
7.- ¿Tiene tendencia al sangrado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Ha sangrado durante más de una hora después de algún accidente o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Sufrir de hematomas espontáneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
8.- ¿Ha padecido o padece de epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Ha empeorado últimamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Sigue teniendo ataques de epilepsia a pesar de medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
9.- ¿Sufrir de asma?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Utiliza para ello alguna medicación o inhaladores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Tiene hoy dificultades respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV

10.- ¿Tiene otros problemas pulmonares o tos persistente?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Le falta el aliento tras subir 20 peldaños?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Le falta el aliento cuando se viste?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
11.- ¿Ha tenido alguna vez reacción alérgica a la penicilina, aspirina, esparadrapos, latex o alguna otra cosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Tuvo por ello que ser hospitalizado o requirió medicación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ocurrió durante alguna visita al dentista?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿A que es alérgico?.....			
12.- ¿Padece usted de diabetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Se administra insulina?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
Si es así: ¿Está su diabetes mal controlada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
¿Que cifra de glucemia tenía la última vez?(especificar fecha).....			
13.- ¿Padece de enfermedad del tiroides?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Padece de hipotiroidismo?.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Padece de hipertiroidismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
14.- ¿Padece usted ahora, o ha padecido, de enfermedad del hígado?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
15.- ¿Padece de enfermedades del riñón?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
¿Está sometido a diálisis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Le han hecho algún trasplante de riñón?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
16.- ¿Tiene usted o ha tenido algún cáncer o leucemia?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así: ¿Recibió para ello quimioterapia o trasplante de médula ósea?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
¿Ha recibido radiación para algún tumor de cabeza y cuello?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IV
17.- ¿Padece de hiperventilación (se ahoga) o crisis de ansiedad?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
18.- ¿Alguna vez se ha desmayado durante tratamiento dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
19.- ¿Sufre alguna infección (tuberculosis, sífilis, otras...) ahora?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
Si es así indique cual es.....			
¿Tiene hepatitis o es VIH +?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
20.- ¿Necesita tomar antibióticos u otra medicación antes del tratamiento dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	II
21.- ¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?: Escriba el nombre.			
Para el corazón.....			
Anticoagulantes.....			
Para la tensión.....			
Aspirina o analgésicos.....			
Para la alergia.....			
Para la diabetes.....			
Corticoides (sistémicos o tópicos).....			
Para evitar rechazo de trasplantes.....			
Para enfermedades de la piel.....			
Para enfermedades digestivas.....			
Para enfermedades reumáticas.....			
Para el cáncer o enfermedades sanguíneas.....			
Penicilina, antibióticos.....			
Para dormir, depresión o ansiedad.....			
Anticonceptivos.....			
¿Ha utilizado alguna vez drogas de diseño?..... Si			
¿Alguna otra cosa?..... Eutirox para el hipotiroidismo			
22.- Sólo para mujeres.: ¿Está embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II
¿Tiene algún problema con el embarazo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III
23.- ¿Fuma.....¿Qué cantidad?..... 1 paquete al día	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24.- ¿Bebe con asiduidad y que cantidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
25.- ¿Padece usted alguna enfermedad o problema no mencionado que crea que debamos conocer?. Se incluyen enfermedades infecciosas confidenciales):.....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Firma del paciente o tutor

Fecha

26/02/2018

Formulario de consentimiento informado para tratamiento odontológico global

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO GLOBAL	
Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	
<p>DECLARO: que no tengo conocimiento de haber padecido o tener en la actualidad ninguna enfermedad contagiosa. En caso de tener conocimiento de haber padecido o padecer alguna, especifique cual</p> <p>.....</p>	
<p>COMPREENDO los posibles riesgos y complicaciones involucradas en el tratamiento odontológico, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible seguir una higiene oral escrupulosa y los controles clínicos programados.</p>	
<p>ENTIENDO y acepto que la Clínica Odontológica no se compromete a la continuación inmediata del tratamiento asistencial, en caso de saturación de las Unidades Docentes.</p>	
<p>ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.</p>	
<p>AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.</p>	
<p>ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).</p>	
<p>Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.</p> <p style="text-align: center;">HUESCA, a de de 20....</p>	
<p>Fdo.: El facultativo Profesor Facultad CCSyD Odontología. Nº de colegiado</p>	<p>Fdo.: El paciente</p>
<p>Fdo.: El representante legal</p>	
<p>De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.</p>	
<p>Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.</p>	
<p>Firma del interesado o de su representante legal</p>	

Test de Fagerström

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
PUNTUACIÓN TOTAL		6

Los puntos de corte son 4 y 7, donde menos de 4 es una dependencia baja, entre 4 y 7 es una dependencia moderada y más de 7 es una dependencia alta.

Anexo 10. Análisis estético facial.

Frontal



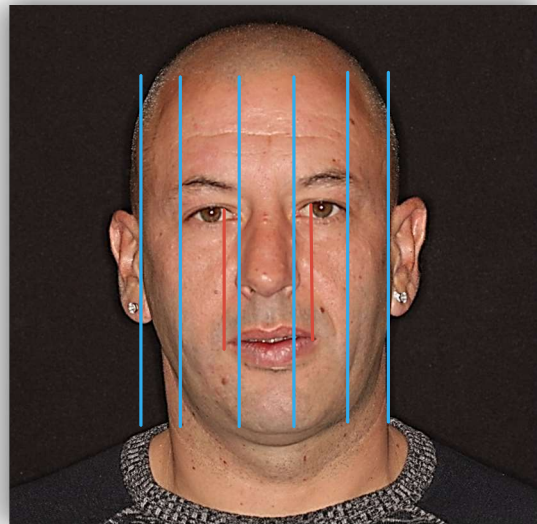
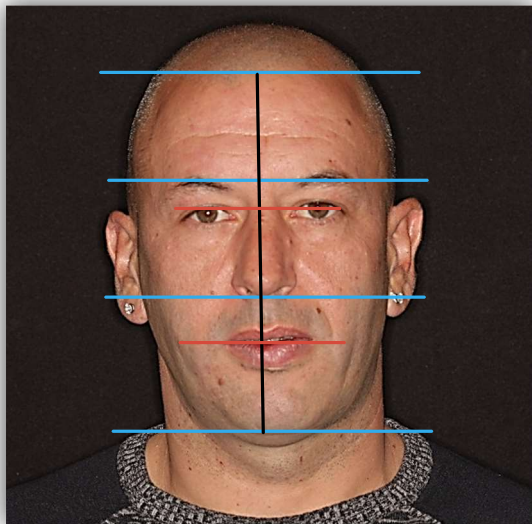
Perfil



$\frac{3}{4}$ del perfil



Análisis de los tercios y quintos faciales

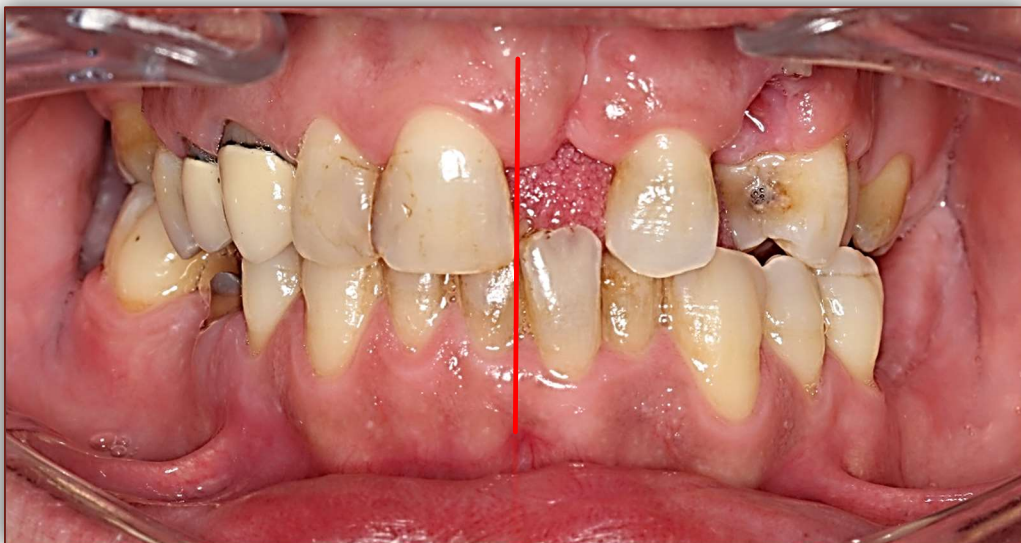


Análisis del perfil facial



Anexo 11. Fotografías intraorales

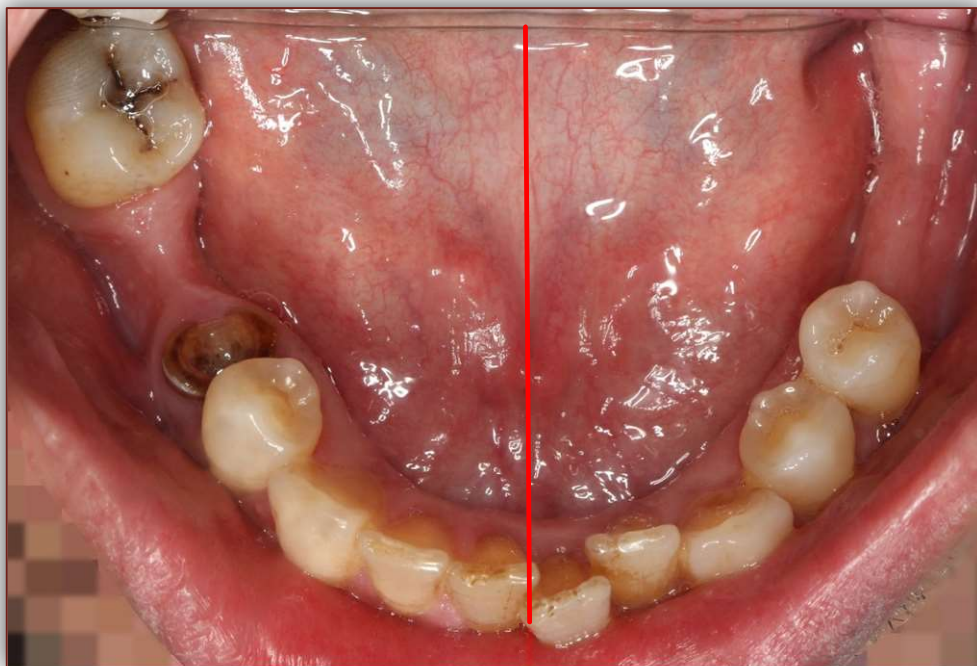
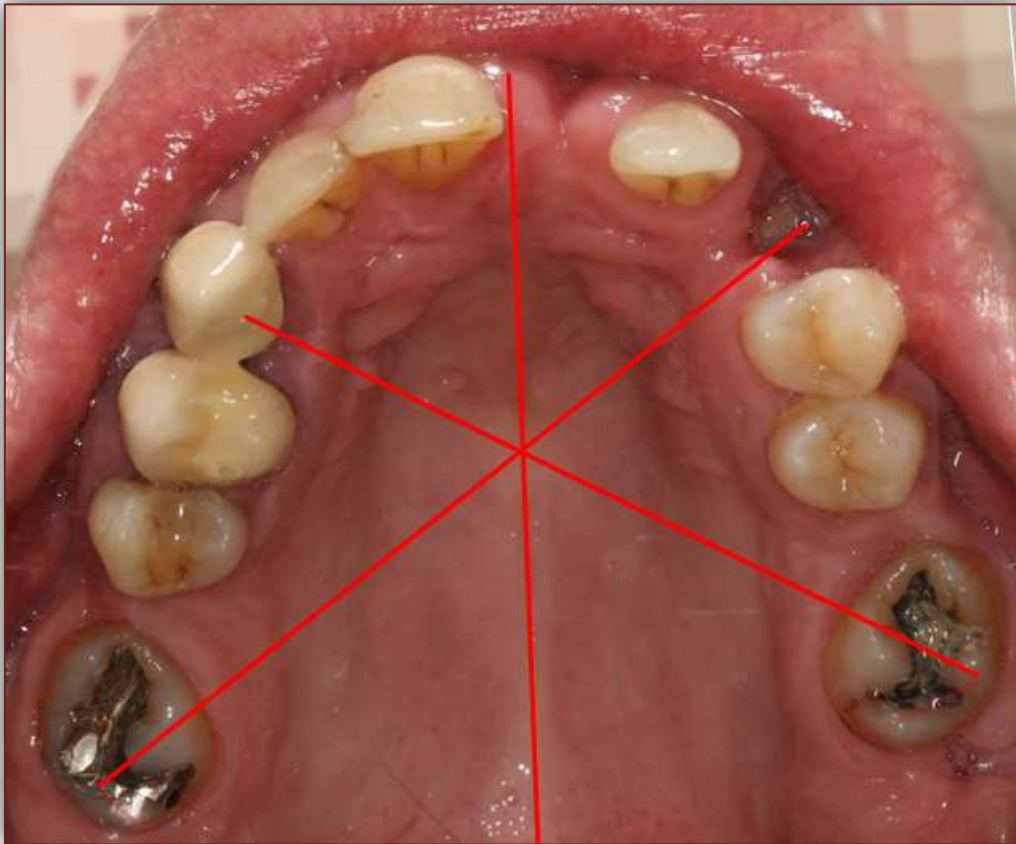
Frontales



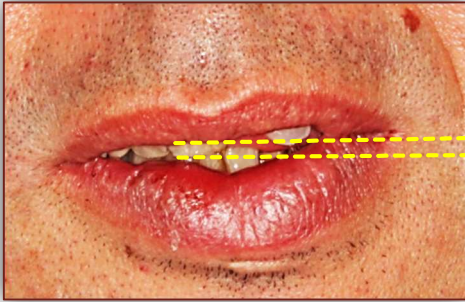
Laterales



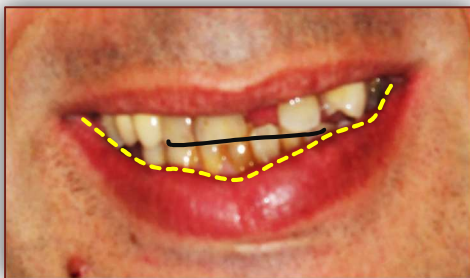
Oclusales



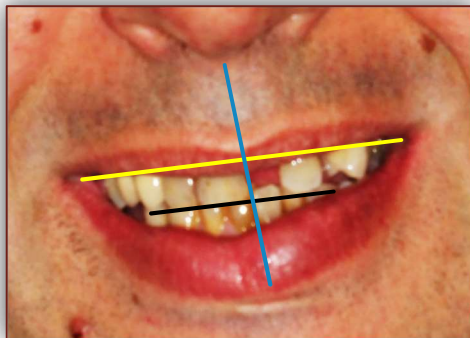
Análisis dentolabial



2 mm de exposición del incisivo.



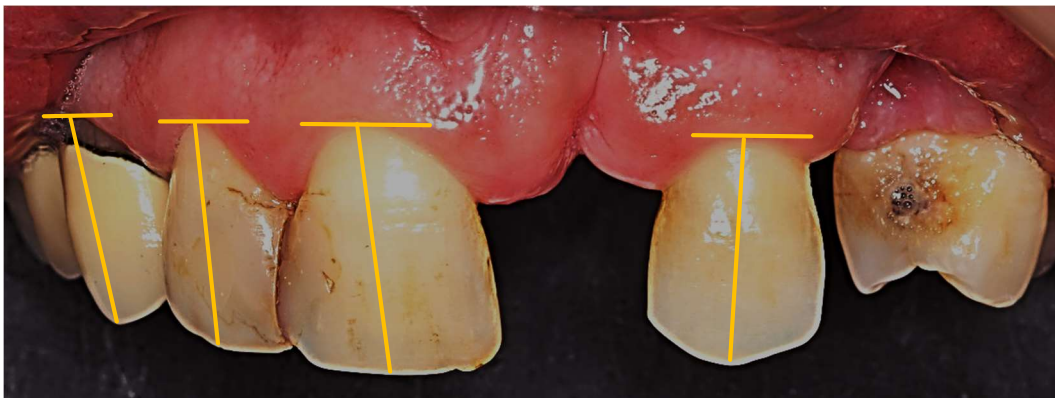
Curvatura incisiva plana y no está en armonía con el labio inferior.



Línea media dental y facial: Centrada y coincidente.

Plano oclusal paralelo con la línea comisural

Presenta asimetría horizontal



Alturas gingivales e inclinaciones axiales

Anexo 12

Revelado de placa



Periodontograma

Examen inicial: 09/04/2018

SEPA

SUPERIOR																
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Implante																
Movilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pérdida de inserción		4 2 5		4 3 4	3 3 3	4 5 2	2 2 3	2 2 2		2 2 3		3 3 3	3 3 4		6 2 6	
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	1 1 1	1 2 1	1 2 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 1	0 0 0	1 2 1	0 1 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Profundidad de sondaje	0 0 0	4 2 5	0 0 0	3 2 3	2 1 2	3 3 2	2 2 3	2 2 2	0 0 0	2 2 2	0 0 0	2 1 2	3 2 4	0 0 0	6 2 6	0 0 0
Vestibular																
Palatino																
Profundidad de sondaje	0 0 0	4 3 4	0 0 0	3 3 4	3 3 5	4 2 3	3 3 3	3 2 2	0 0 0	2 2 2	0 0 0	2 3 3	3 3 3	0 0 0	4 4 4	0 0 0
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Pérdida de inserción		4 3 4		3 3 4	3 3 5	4 2 3	3 3 3	3 2 2		2 2 2		2 3 3	3 3 3		4 4 4	
INFERIOR																
Pérdida de inserción		3 3 2			2 3 3	3 2 3	3 2 3	2 2 2	2 2 2	3 2 3	3 2 3	3 2 3	3 2 3			
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 1 0	0 0 0	0 0 0	0 1 0	0 0 0	0 0 0	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Profundidad de sondaje	0 0 0	3 3 2	0 0 0	0 0 0	2 3 3	3 2 3	3 2 3	2 2 2	2 2 2	3 2 3	3 2 3	3 2 3	3 2 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Lingual																
Vestibular																
Profundidad de sondaje	0 0 0	3 1 2	0 0 0	0 0 0	3 2 3	3 2 3	3 2 4	4 2 4	3 2 3	3 3 3	5 2 5	3 2 3	3 2 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Margen gingival	0 0 0	0 0 1	0 0 0	0 0 0	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 1 0	0 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Pérdida de inserción		3 1 3			4 3 4	3 2 3	3 2 4	4 2 4	3 2 3	3 3 3	5 2 5	3 3 3	3 3 4			
Movilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implante																
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

Media de prof. de sondaje= 3.47 mm

Media de nivel de inserción= 3.72mm

54% Placa

45% Sangrado al sondaje

Reevaluación: 09/05/2018

SUPERIOR																
	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Implante																
Movilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Pérdida de inserción		4 2 3		4 3 4	4 3 3	4 5 3	2 2 2	2 2 2		2 2 4		3 3 4	3 3 3		6 2 6	
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	1 1 1	1 2 1	1 2 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 1	0 0 0	1 2 1	0 1 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Profundidad de sondaje	0 0 0	4 2 3	0 0 0	3 2 3	3 1 2	3 3 2	2 2 2	2 2 2	0 0 0	2 2 3	0 0 0	2 1 3	3 2 3	0 0 0	6 3 6	0 0 0
Vestibular																
Palatino																
Profundidad de sondaje	0 0 0	4 3 3	0 0 0	3 3 3	3 3 4	4 2 3	3 3 3	3 3 2	0 0 0	2 2 2	0 0 0	3 3 3	3 2 3	0 0 0	4 4 4	0 0 0
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Pérdida de inserción		4 3 3		3 3 3	3 3 4	4 2 3	3 3 3	3 3 2		2 2 2		3 3 3	3 2 3		4 4 4	
INFERIOR																
Pérdida de inserción		3 3 3			2 3 3	3 2 3	3 2 2	2 2 2	2 2 2	2 3 3	3 2 3	3 2 3	4 4 4			
Furca																
Sangrado / Supuración																
Placa																
Margen gingival	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 1 0	0 0 0	0 0 0	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Profundidad de sondaje	0 0 0	3 3 3	0 0 0	0 0 0	2 3 3	3 2 3	3 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 3	3 2 3	3 2 3	3 3 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Lingual																
Vestibular																
Profundidad de sondaje	0 0 0	3 1 3	0 0 0	0 0 0	3 2 2	3 2 3	3 3 3	4 2 4	3 2 3	3 2 3	5 2 5	3 3 3	3 2 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Margen gingival	0 0 0	0 0 1	0 0 0	0 0 0	1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 1 0	0 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Pérdida de inserción		3 1 3			4 3 3	3 2 3	3 3 3	4 2 4	3 2 3	3 2 3	5 2 5	3 4 3	3 3 4			
Placa																
Sangrado / Supuración																
Furca																
Movilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Implante																
	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
Media de prof. de sondaje= 3.45 mm				Media de nivel de inserción= 3.74mm				56% Placa				46% Sangrado al sondaje				

Índice O'Leary / de placa



Índice de placa/O'Leary

09/04/2018

- Nº de superficies totales: 80.
- Nº de superficies teñidas: 72.
- Índice de placa: $\frac{72}{80} \times 100 = 90\%$. Indica que el paciente tiene una higiene oral deficiente.

Índice de placa/O'Leary

09/05/2018

- Nº de superficies totales: 80.
- Nº de superficies teñidas: 69.
- Índice de placa: $\frac{69}{80} \times 100 = 86,25\%$. El paciente sigue teniendo una higiene deficiente.

Condición	Parámetro
Aceptable	0.0% - 12.0%
Cuestionable	13.0% - 23.0%
Deficiente	24.0% - 100.0%

Índice Lindhe/ de gingivitis

Índice primera consulta 09/04/2018													
+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Índice de reevaluación 09/05/2018													
+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Índice de gingivitis/sangrado

09/04/2018

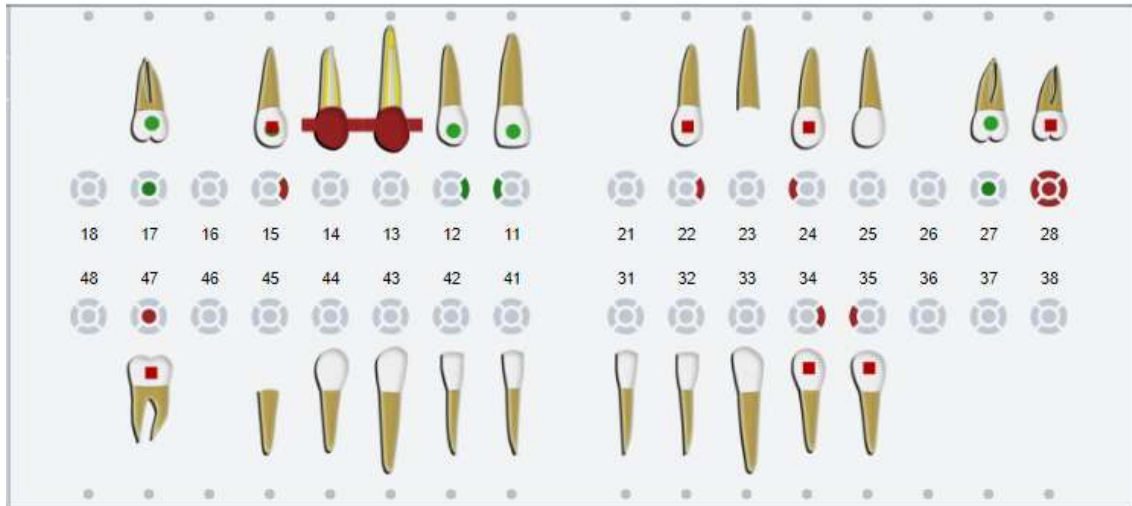
- N° de superficies totales: 80.
- N° de superficies sangrantes: 53.
- Índice de gingivitis: $\frac{53}{80} \times 100 = 66,25\%$. El porcentaje obtenido indica que existe inflamación, pues se considera normal hasta un 10%.

Índice de gingivitis/sangrado

09/05/2018

- N° de superficies totales: 80.
- N° de superficies sangrantes: 53.
- Índice de gingivitis: $\frac{53}{80} \times 100 = 66,25\%$. Se mantiene igual que el índice inicial.

Odontograma



Índice CPOD

C	P	O	Total
7	8	7	$(7 + 8 + 7)/21 = 1.04$

Cuantificación de la OMS para el índice COPD

0,0 a 1,1	:	muy bajo
1,2 a 2,6	:	bajo
2,7 a 4,4	:	moderado
4,5 a 6,5	:	alto

C.P.T.N

SEXTANTE 1 CODIGO 3	SEXTANTE 2 CODIGO 2	SEXTANTE 3 CODIGO 4
SEXTANTE 6 CODIGO 2	SEXTANTE 5 CODIGO 2	SEXTANTE 4 CODIGO 2

-SEXTANTE 1, 2, 4, 5 Y 6: NT 2, Eliminación de cálculo y/o obturaciones desbordantes (IHO + tartrectomía + raspado y alisado radicular (RAR))

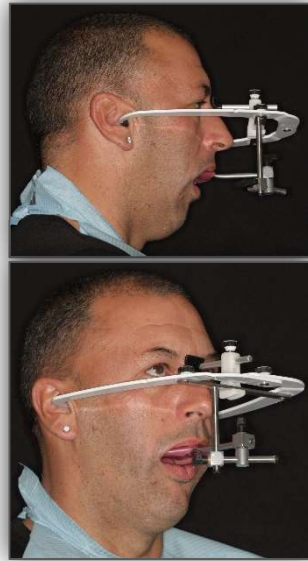
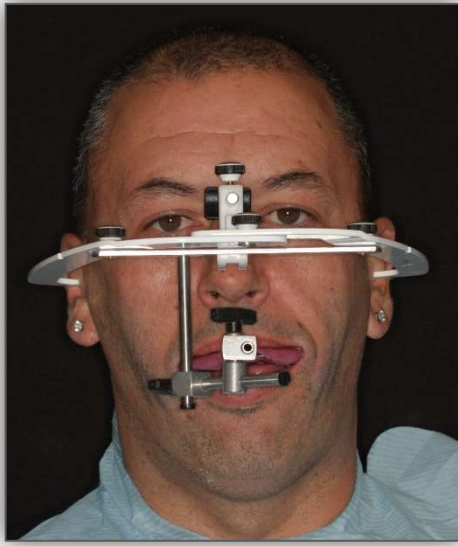
- SEXTANTE 3: NT 3, Necesita tratamiento complejo (IHO + tartrectomía + RAR + cirugía periodontal)

Anexo 13. Modelos de estudio y montaje en articulador

Modelos de estudio



Arco facial



Modelos articulados

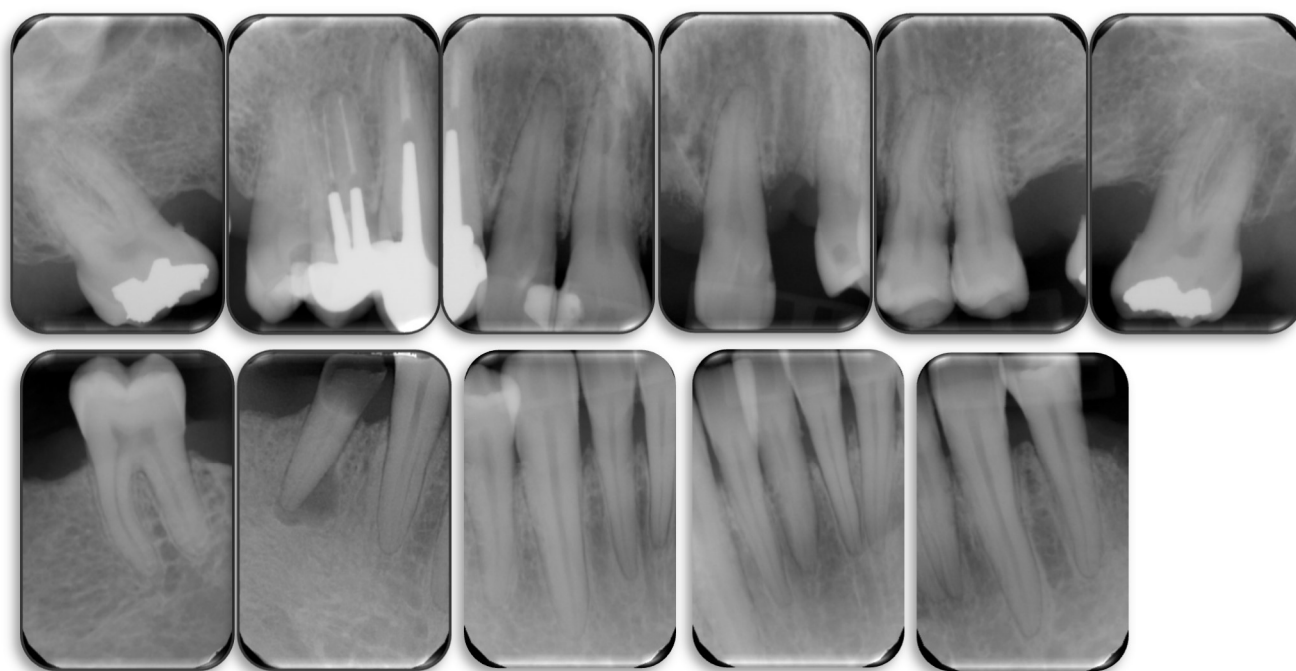


Anexo 14. Estudio Radiográfico

Ortopantomografía



Serie periapical



Anexo 15

Formulario de consentimiento informado para extracción simple

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTRACCION SIMPLE

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:

D/Dña:

DNI nº:

Años de edad:

Domicilio en:

D/Dña:

DNI nº:

Años de edad:

Domicilio en:

En calidad de:

Del paciente:

DECLARO

Que el Facultativo D..... Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la **EXTRACCIÓN DEL DIENTE/MOLAR**.

En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente/molar y que únicamente podrá ser sustituido por una prótesis.

- El propósito de la intervención es la extracción del diente/molar ya que, aunque podría recurrir a técnicas conservadoras como la periodoncia o la endodoncia, las descarto por el estado que presenta, y que hace imposible su conservación.
- La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
- La intervención consiste en la aplicación de un fórceps a la corona, practicando la luxación con movimientos de lateralidad, de manera que pueda desprenderse fácilmente del alveolo donde está insertada.
- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que es posible que el estado inflamatorio del diente/molar que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría para cohibirla, la colocación en el alveolo de una gasa seca.

También sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona, heridas en la mucosa de la mejilla o en la lengua, inserción de la raíz en el seno maxilar, fractura del tabique interradial o de la tuberosidad, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará con la extracción.

- El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me EXTRAIGA LA PIEZA DENTAL

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo Fdo.: El paciente Fdo.: El representante legal

Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

Formulario de consentimiento informado para anestesia local

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D/Dña..... Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº, me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de ANESTESIA LOCAL.

1. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.
2. La anestesia consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provoquen un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos, de tal manera que se interrumpa transitoriamente la función sensitiva.
3. El/la odontólogo/a, estomatólogo/a, me ha explicado que tendré la sensación de adormecimiento del labio o de la cara, que normalmente va a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el lugar en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión y sensación de mareo.

Comprendo que, aunque según se me ha explicado, de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis de contacto o general, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos, pueden requerir tratamiento urgente.

4. El facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.
5. Acepto que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada materialmente por alumnos de la Titulación en Odontología, bajo la supervisión del Facultativo firmante, profesor de la Universidad.

6. También acepto que los documentos y registros que se obtengan en la clínica antes, durante y después de la intervención puedan ser empleado por la Universidad para fines científicos y educativos, preservado en todo caso mi derecho a la protección de datos personales y a la intimidad.
7. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
8. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO en que se me administre ANESTESIA LOCAL.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20....

Fdo.: El facultativo
Profesor Facultad CCSyD
Odontología,
Nº de colegiado

Fdo.: El paciente

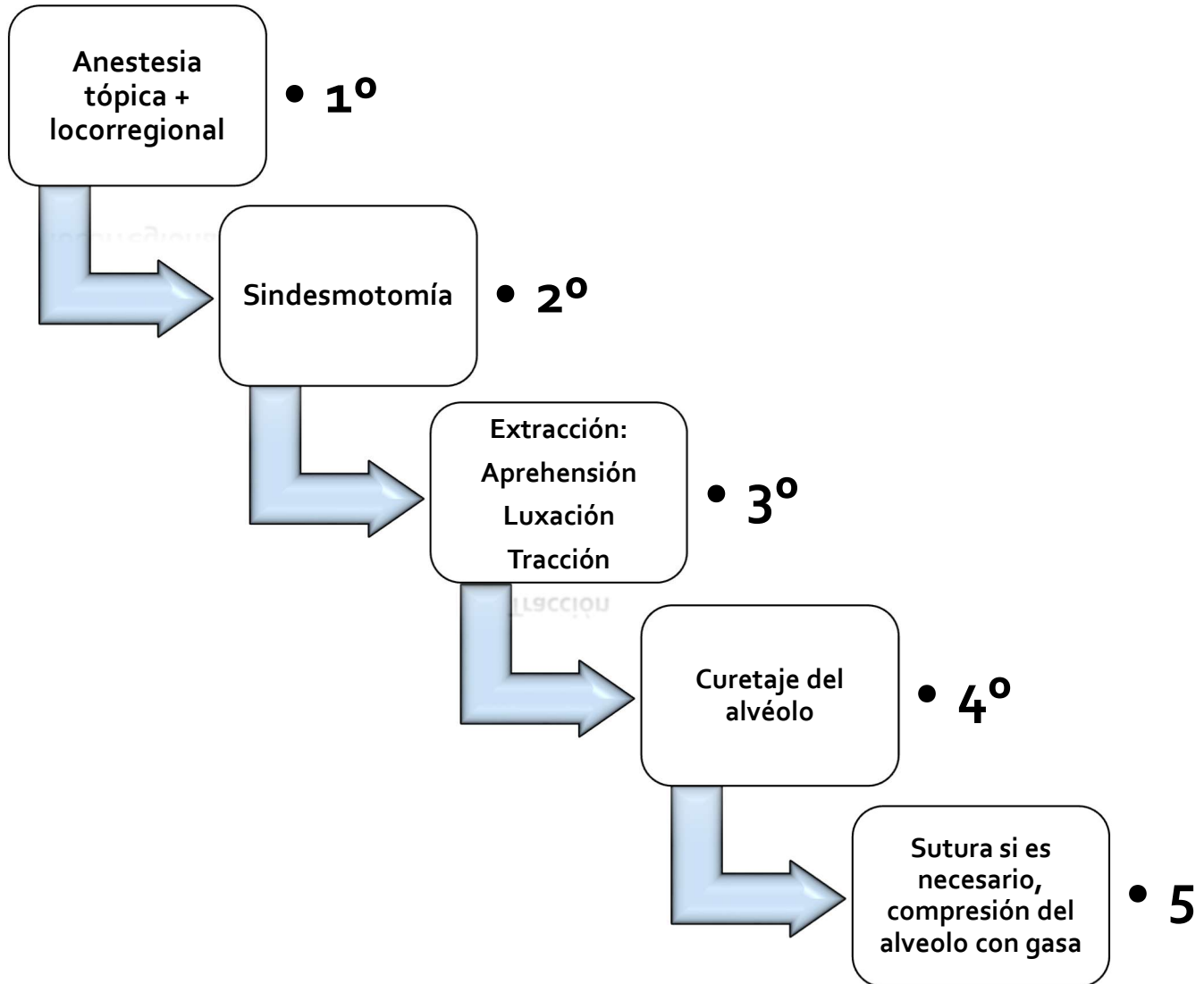
Fdo.: El representante legal

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Le comunicamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de sus datos remitiendo escrito a la Gerente de la Universidad de Zaragoza, adjuntando copia de documento que acredite su identidad.

Firma del interesado o de su representante legal

Protocolo de Exodoncia



Exodoncia del 45



Podemos observar que la pieza ha salido en dos partes, pero esta entera



Legrado y alveolotripsia



Consejos post-cirugías bucales. Información para pacientes.

Si se le ha realizado una extracción dentaria o una cirugía:

- Muerda una gasa estéril en la zona de la extracción presionando con los dientes durante 30-45 minutos y luego retirarla.
- Tenga cuidado con la zona anestesiada. Es preferible no comer mientras tenga anestesia ya que puede morderse con facilidad la zona anestesiada sin darse cuenta.
- Se puede comer, siempre y cuando haya pasado el efecto de la anestesia, alimentos blandos, fríos, en trozos pequeños y líquidos (durante por lo menos 48 horas después de la intervención) por ejemplo: leche, helados, yogur, etc. Evite la ingesta de alimentos excesivamente calientes y duros.
- Procure no fumar durante las primeras 24 horas mínimo.
- Mantenga la cabeza elevada las primeras horas, evitando acostarse; si debe dormir, apoye la cabeza sobre dos almohadas.
- No hacer ningún esfuerzo físico durante 1 o 2 días después de la cirugía.
- Puede colocarse compresas frías en la zona de la cirugía o extracción, por ejemplo hielo envuelto en un paño durante 20 minutos, descanse otros 20 minutos y vuelva a colocarlo.
- Recuerde que sangrado no equivale a hemorragia. Es normal que luego de una cirugía o una extracción escupa algo de sangre o vea la saliva con tinte rosado.
- No se enjuague la boca en las siguientes 6 horas. Pasado ese tiempo podría hacerlo suavemente con una solución de agua y sal o con un antiséptico bucal recetado por su Dentista. A las 24 horas la higiene de la boca debe ser normal. Procure no hacer enjuagues enérgicos, y realizar un cepillado suave.
- Siga la medicación del Odontólogo, no tome medicamentos por su cuenta.
- Consultar con el Odontólogo en caso de complicaciones:
 - * hemorragia (salida profusa de sangre)
 - * Inflamación (hinchazón de la cara)
 - * Dolor, infección o retardo de la cicatrización de la herida.

Formulario de consentimiento informado para odontología conservadora

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ODONTOLOGÍA CONSERVADORA

Nº DE HISTORIA CLÍNICA:	
D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	

D/Dña:	
DNI nº:	
Años de edad:	
Domicilio en:	
En calidad de:	
Del paciente:	

DECLARO

Que el Facultativo D....., Médico Estomatólogo/Odontólogo, Colegiado nº....., me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la **OBTURACIÓN DEL DIENTE/MOLAR**.

- El propósito principal de la intervención es restaurar los tejidos dentarios duros y proteger la pulpa, para conservar el diente/molar y su función, restableciendo al tiempo, siempre que sea posible, la estética adecuada.
- La intervención requiere anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.
- La intervención consiste en limpiar la cavidad de tejido enfermo y rellenarla posteriormente para conseguir un sellado, hermético, conservando el diente/molar.
- El/la facultativo/a me ha advertido que es frecuente que se produzca una mayor sensibilidad, sobre todo al frío, que normalmente desaparecerá de modo espontáneo. También se me ha recomendado que vuelva a visitarle dentro de 24 horas, especialmente si advierto signos de movilidad o alteraciones de la oclusión, pues en ese caso sería preciso ajustar la oclusión, para aliviar el dolor y para impedir la formación de una enfermedad periodontal o trauma.

Comprendo que el sellado hermético puede reactivar procesos infecciosos que hagan necesaria la endodoncia y que, especialmente si la caries es profunda, el diente/molar quedará frágil y podrá ser necesario llevar a cabo otro tipo de reconstrucción o colocar una corona protésica.

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de las restauraciones directas nunca serán idénticas a su aspecto sano.

- El Facultativo me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes,

cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones.

- He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el Facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones:

CONSIENTO que se me practique el **TRATAMIENTO DE ODONTOLOGÍA CONSERVADORA**.

ACEPTO que la intervención, de cuyas consecuencias he sido informado, sea realizada por alumnos de la Titulación de Odontología, bajo supervisión del facultativo firmante, profesor de la misma.

AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales y clínicos y su inclusión en el Fichero de Historias Clínicas del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

ACEPTO que los documentos y registros que se derivan de mi tratamiento puedan ser utilizados con fines docentes y científicos y que mis datos personales figuren en el historial clínico y no se disocien de los datos de carácter clínico-asistencial (apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, a todos los efectos, firmo el presente documento del que se me entrega una copia.

HUESCA, a de de 20.....

Fdo.: El facultativo Fdo.: El paciente Fdo.: El representante legal

Profesor Facultad CCSyD
Odontología.
Nº de colegiado

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos pasan a formar parte de los Ficheros de Historias Clínicas D del Servicio de Prácticas Odontológicas de la Universidad de Zaragoza, cuyos fines han sido establecidos en la Resolución de 25 de febrero de 2010 de la Universidad de Zaragoza.

Protocolo de obturación

1º

- Chequeo de la oclusión en MI

2º

- Anestesia tópica
- Anestesia locorregional

3º

- Aislamiento absoluto

4º

- DISEÑO Y PREPARACION CAVITARIA: Eliminación del tejido careado, confección y regularización.

5º

- ÁCIDO ORTOFOFÓRICO 37%: 15 sec en esmalte y 5 sec en dentina. Lavar y secar.

6º

- ADHESIVO: Aire + fotopolimerizar.

7º

- OBTURAR CON RESINA COMPUESTA: Técnica incremental oblicua en capas de 2 mm. Fotopolimerizar.

8º

- TERMINACIÓN: Pulido y acabado. Comprobar Oclusión.

Caries

Caries Clase II en 34 y 35



Caries Clase V en 24



Caries Clase III en 22



Caries Clase I en 47



